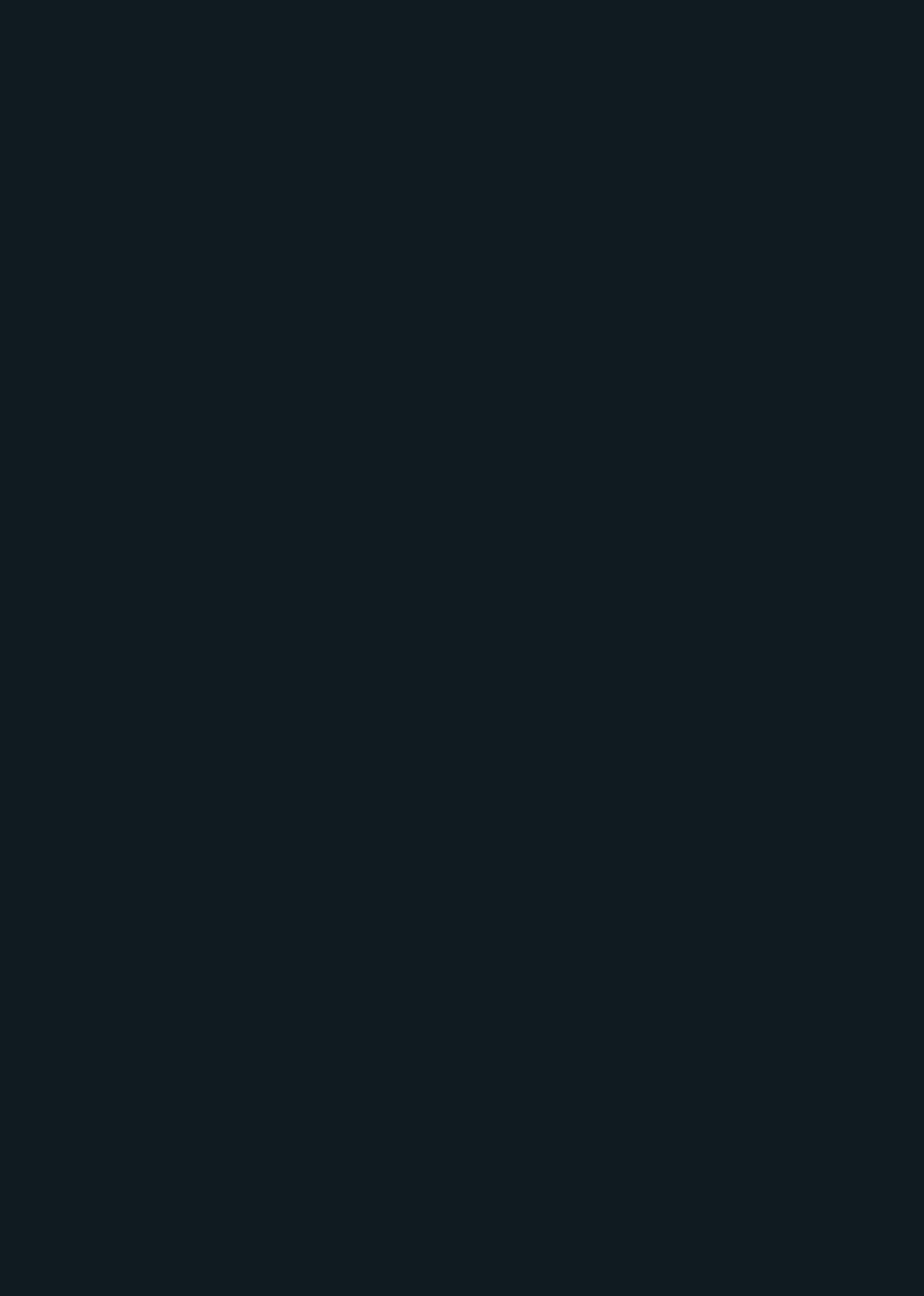
LIBERTAS & SANITAS e.V.
Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft

Schwarzbuch IMPFEN

Anspruch und Wirklichkeit beim Impfen

Jürgen Fridrich und Wolfgang Böhm



SPENDENAUFRUF

Das Schwarzbuch Impfen wird durch Spenden und den Verkauf von gedruckten Exemplaren finanziert.

Zur Deckung der Herstellungskosten und der Verbreitung der jetzigen und künftiger Ausgaben bitten wir um Ihre Unterstützung durch eine Spende. Die Verteilung des Schwarzbuches an die Mitglieder der Bundesregierung, des Bundestages, der Landtage, die Vertreter der Behörden und wissenschaftlichen Einrichtungen, die Krankenkassen, die Ärzte, die Gerichte und die Medien bedeutet einen erheblichen finanziellen Kraftakt. Das geht nur mit Ihrer Hilfe! Jeder Euro zählt. Allein die Kosten zur Bearbeitung und für den Versand der Schwarzbücher betragen derzeit je Empfänger ca. 5 €.

Ziel ist es, dass möglichst viele Menschen durch Erhalt dieses Buches erfahren, was ebenfalls Bestandteil einer Aufklärung sein muss: nämlich der Anteil des
Nichtwissens über Nutzen und Risiken von Impfungen!

Im Internet steht das Schwarzbuch Impfen in jeweils aktualisierter Fassung kostenlos als PDF-Datei zum Herunterladen und Weiterverbreiten zur Verfügung. Wir bitten um eine Spende. Gedruckte Exemplare erhalten Sie zum Einzelpreis von 8,– Euro zzgl. Versandkosten direkt beim Pirol-Verlag (Kontaktdaten siehe unten).

Spendenkonto Libertas & Sanitas e.V.
IBAN: DE25 7215 1340 0020 1362 22
BIC: BYLADEM1EIS
Sparkasse Eichstätt
Stichwort Spende Schwarzbuch Impfen

Spendenbescheinigungen können auf Anforderung (per Brief, Mail oder Fax an den Verein) ausgestellt werden! Bitte geben Sie die Höhe der Spende und die vollständige Adresse der Spenderin oder des Spenders an.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Gedruckte Exemplare des Schwarzbuches bestellen Sie bitte ausschließlich durch Brief, Mail oder Fax unter folgender Adresse:

Pirol-Verlag Weiheracker 11, 85072 Eichstätt
info@pirolverlag.de, Telefax 08421/9 97 61

Zahlen Sie bitte erst nach Rechnungsstellung an den Verlag und nicht an den Verein!

Weitere Informationen zur Impfproblematik finden Sie unter **www.libertas-sanitas.de**

Wir freuen uns über sachliche Kritik und Informationen für zukünftige Ausgaben. Bitte Kopien der zitierten Originalquellen beifügen und Anschrift angeben.

Kontakt **Geschäftsstelle** Libertas & Sanitas e. V.
Wilhelm-Kopf-Straße 15
71672 Marbach
Telefon (0 71 44) 86 25 35
Fax (0 71 44) 86 25 36
info@libertas-sanitas.de

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

A. d. A.:	Anmerkung der Autoren
BCG-Impfung	Bacille Calmette-Guérin Tuberkulose-Impfstoff
BGesBl.	Bundesgesundheitsblatt
BGH	Bundesgerichtshof
Bias	Verzerrung, Abweichung vom erwarteten Wert
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BSG	Bundessozialgericht
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Center for Diseases Control (US-Seuchenbehörde)
CIN	Cervical invasive Neoplasie (Gewebeveränderung am Gebärmutterhals)
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
EPI-Programm	Erweitertes Impfprogramm der WHO (Expanded Programme on Immunization – EPI)
ESPED	Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen in Deutschland
GG	Grundgesetz
HB-Impfung	Hepatitis-B-Impfung
Hib-Impfung	Haemophilus influenzae Typ b-Impfung
HPV-Impfung	Gebärmutterhalskrebs-Impfung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MCV	Measles Containing Vaccine (Masernimpfstoff)
MMR	Masern-Mumps-Röteln
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
RKI	Robert Koch-Institut
RV-Impfung	Rotavirus-Impfung
SIKO	Sächsische Impfkommission
STIKO	Ständige Impfkommission
TBC	Tuberkulose
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UN	United Nations – Vereinte Nationen
WHO	World Health Organisation – Weltgesundheitsorganisation

An die Verlässlichkeit einer Information müssen bei Bundesinstituten besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei Transparenz. Wissenschaftler müssen wesentliche Wissenslücken deutlich aufzeigen, damit Politiker Unwägbarkeiten bewerten und kompetente Entscheidungen fällen können.

*Kurth/Glasmacher, Was ist gute Wissenschaftliche Politikberatung? (Aus der Reihe „Wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat"), BGesBl. 4/2008, S. 458-66 ,
(Prof. Kurth war damals Präsident des RKI)*

INHALTSVERZEICHNIS

GRUNDSÄTZLICHES

Eine Grundlage der Wissenschaft ist die Kritik. Dies beinhaltet, auch den Stand der Wissenschaft zu hinterfragen.

Sind die den Impfempfehlungen zugrunde liegenden Aussagen zu Nutzen, Wirksamkeit, Sicherheit und Risiken für eine Nutzen-Lastenanalyse überprüfbar?

Lassen sie sich bestätigen (verifizieren) oder widerlegen (falsifizieren)?

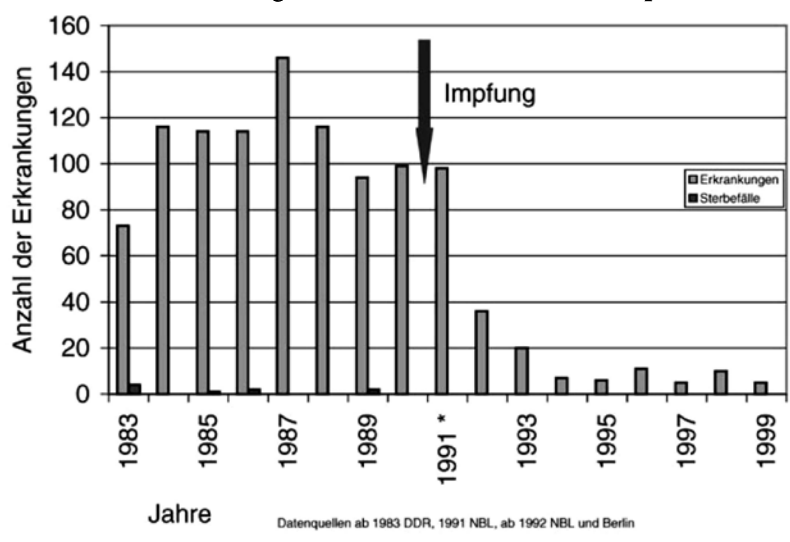
Sind Aussagen aus Veröffentlichungen in der medizinischen Fachliteratur nachvollziehbar?

Welche rechtlichen Aspekte spielen darüber hinaus eine wesentliche Rolle?

Unsere Methode zur Überprüfung:

ANSPRUCH

Der anschließende allgemeine Einsatz des Impfstoffs nach entsprechender Empfehlung durch die STIKO am Robert Koch-Institut zeigt dann erwartungsgemäß die gewünschte Auswirkung: Die Zahl an Krankheitsfällen geht bei ausreichender Akzeptanz in der Bevölkerung signifikant zurück.



Heininger, Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen, BGesBl. 12/2004, S. 1129-35

Abb. 2 ▲ ***Haemophilus-influenzae*-Meningitis in der ehemaligen DDR und den neuen Bundesländern 1983–1999**

WIRKLICHKEIT

Meningitiden durch Hib (Haemophilus influenzae b) wurden bis zum Inkrafttreten der Brandenburgischen Meldeverordnung 1996 nur als „sonstige bakterielle Meningitiden" gemeinsam mit Hirnhautentzündungen durch andere Bakterien (z. B. Pneumokokken, Listerien, Borrelien) erfasst. Es ist daher nicht möglich, einen Trend für Brandenburg aufzuzeigen.

Infektionsreport 1999 des Landes Brandenburg

KOMMENTAR

Die Abbildung wird vom Autor unzutreffend interpretiert. Ab Beginn einer Maßnahme, hier der Impfung, ist sie nicht beweisend, sondern nur für den Zeitraum davor. Veränderungen dort haben sicher nichts mit der Impfung zu tun. Die Fallzahlen gingen zurück, aber die Ursache dafür muss erst ermittelt werden. Dazu bedarf es u. a. Angaben zu Impfraten, Änderung von Krankheitsdefinitionen und Meldekriterien.

Eine solche lag in Brandenburg vor. Der Anteil der Hib-Fälle an der Gesamtzahl der Erkrankungen ist vor 1996 unbekannt. Außerdem sind im Report die Impfraten der ersten beiden Jahre mit unter 20 % bzw. unter 40 % angegeben. Ist damit ein Rückgang der Fallzahlen um 60-80 % zu begründen?
Es ist also ein Irrtum zu glauben, dass mit dieser Abbildung ein Erfolg der Impfung bewiesen wird. Weitere Ausführungen enthält das Kapitel zu den einzelnen Impfungen.

WER SOLL DAS SCHWARZBUCH IMPFEN LESEN?

• Menschen, die vor einer Impfentscheidung für sich oder für von ihnen betreute Personen (z. B. Kinder) stehen.

• Ärzte, die ihre gesetzliche Aufklärungspflicht vor Impfungen erfüllen wollen.

• Mitglieder der Bundes- und der Landesregierungen, um die Tragweite ihrer Entscheidungen abschätzen zu können.

• Mitglieder des Bundestages und der Landtage, um Klarheit vor Abstimmung erhalten zu können.

• Richter, insbesondere an den Verwaltungs- und Sozialgerichten, als Hilfe für ihre Urteilsfindung.

• Verantwortliche und Mitarbeiter der Medien, damit sie dem publizistischen Grundsatz der wahrhaftigen Unterrichtung der Öffentlichkeit (Pressekodex) nachkommen.

• Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen, um sicherzustellen, dass nur solche Impfungen von der Versichertengemeinschaft finanziert werden, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit objektiv nachgewiesen sind.

• Mitglieder von Standesvertretungen der Ärzteschaft und Krankenkassen, um die Tragweite der derzeitigen Impfpraxis zu erkennen und z. B. für eine vollständige Aufklärung vor Impfung Sorge zu tragen.

• Vertreter alternativer Therapiemethoden, um zu erkennen, warum Impfreaktionen nicht nur zu behandeln, sondern auch zu melden sind.

• Vertreter und Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden, um die Transparenz sicherzustellen.

• Landräte, Bürgermeister, Kreis- und Gemeinderäte als Basis für eine gute Kommunikation zwischen Verwaltung, Bürgern und Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen.

• Alle, die sich aus beruflichen Gründen mit Impfungen befassen (z. B. Mitarbeiter von Instituten, Forschungseinrichtungen, Krankenkassen).

• Jeder, der eine freie Meinungsbildung anstrebt.

HINWEIS

Wir führen weder eine persönliche Impfberatung noch eine individuelle Rechtsberatung durch. Diese Aufgaben sind bestimmten Berufsgruppen vorbehalten. Sie finden in diesem Buch Informationen, die Sie anregen, sich vor Impfungen eigene Gedanken über Nutzen und Risiken zu machen.

WARUM DAS „SCHWARZBUCH IMPFEN“ ENTSTAND

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven medizinischen Maßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen (UAW) werden nur in sehr seltenen Fällen beobachtet.

Quelle: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand August 2014, Epidemiologisches Bulletin 34/2014 (25.08.), S. 305-40

- Halten solche Aussagen aus Fachliteratur und Medien einer Überprüfung stand?

- Damit die Leserschaft selbst eine Antwort finden kann, haben wir in diesem Buch weitere Aussagen und Abbildungen zusammengestellt.

- Ist das Wissen ausreichend, um Nutzen und Risiken abwägen zu können?

- Für Zulassung, Empfehlung und Anwendung der Impfungen bedarf es einer Nutzen-Risiko-Abwägung. Reichen die Daten, um einen mathematischen Bruch lösen zu können, bei dem der Nutzen im Zähler steht und das Risiko im Nenner (oder umgekehrt)?

- Eine Antwort darauf erwarten auch die Menschen, welche durch Impfungen Schaden genommen haben und denen die gerichtliche Anerkennung durch diese Wissenslücken erschwert wird.

- Wissenschaft ist der Treue zur Verfassung verpflichtet, eine Zensur findet nicht statt, so steht es im Artikel 5 des Grundgesetzes. Jeder hat das Recht auf körperliche Unversehrtheit, heißt es dort in Artikel 2. Die bayerische Verfassung fordert in Artikel 111 a u. a. Meinungsfreiheit, Sachlichkeit und Ausgewogenheit in der Berichterstattung.

- Was hat es mit § 1 der Geschäftsordnung der STIKO auf sich, sonstige Möglichkeiten der Prävention zu bewerten? Was schreiben deren Mitglieder z. B. bei der – erstmals evidenzbasierten (auf bestmöglicher Beweislage basierenden) – Impfempfehlung zu Rotaviren über das Stillen und wie findet das Kondom bei der HPV-Impfung Berücksichtigung?

- Wie können valide Daten zur Wirksamkeit von Impfungen gesammelt werden, wenn wichtige Einflussfaktoren (z. B. Stillen) in Studien unbeachtet bleiben?

- Wie entstehen konkrete Daten zur Verträglichkeit, wenn in Studien der Kontrollgruppe als Placebo die Zusatzstoffe des jeweiligen Impfstoffs verabreicht werden?

- Die Medien haben sich selbst im Pressekodex u. a. dazu verpflichtet, sorgfältig zu recherchieren und Informationen auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen sowie falsche Behauptungen richtigzustellen. Die Informationen in diesem Buch wurden ihnen wiederholt zur Verfügung gestellt, ohne dass sie diese aufgriffen.

- Gibt es eine sachliche Grundlage für die Kampagne seit Anfang diesen Jahres wegen des Masernausbruchs in Berlin, gegen Menschen, die von ihrem Recht auf freie Impfentscheidung Gebrauch mach(t)en?

- Sind Menschen, die obige Fragen stellen und keine zufriedenstellenden Antworten bekommen, Impfgegner? Kritik ist die Grundlage der Wissenschaft – auch beim Impfen.

- Welche Grundlagen gibt es, eine Impfpflicht einzuführen?

Wir wollen mit diesem Buch erreichen, dass die hier zusammengeführten Informationen und Fragen offen diskutiert werden, um dann festzulegen, wie wir mit Impfungen künftig weiter verfahren können.

Das wird nicht nur die Bewertung all dieser Informationen nötig machen, sondern auch die ernsthafte Prüfung von deren rechtlicher Bedeutung. Dieses Schwarzbuch legt genügend Beweise vor, damit Bundesgesundheitsminister Gröhe und Berlins Gesundheitssenator Czaja, und mit ihnen viele andere, ihre Vorwürfe gegen Menschen, die sich oder ihre Kinder nicht impfen lassen, überprüfen können, ob Kritik am Impfen wirklich „irrational" ist.

Oder legen diese Fakten sogar nahe, dass Impfen irrational sein könnte?

Die Zitate stammen fast alle aus dem Epidemiologischen Bulletin des RKI und dem Bundesgesundheitsblatt, das u. a. von RKI, PEI und BZgA herausgegeben wird. Dies sind die in Deutschland wesentlichen Institute, wenn es ums Impfen geht. Sie gehören zum Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministerium.

Brauchen wir eine Impfpflicht oder ist zu prüfen, ob öffentliche Impfempfehlungen verfassungswidrig sind? Die Entscheidung darüber treffen nicht wir, sondern das Bundesverfassungsgericht. Es sei denn, dass auf politischer Seite unsere Sicht schon vorher nachvollzogen wird. Wir denken dabei besonders an den Bundesgesundheitsminister Herrn Gröhe als Jurist und die Bundeskanzlerin Frau Merkel, sowie den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages.

Damit alle unsere Argumente prüfen können, erhalten sie das Schwarzbuch Impfen.

Die ersten drei Nationalen Impfkonferenzen standen unter dem Motto „Impfschutz im Dialog. Ein gemeinsames Projekt", „Impfen, Wirklichkeit und Vision" und „Impfen – eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung".

Dieses Buch ist unser Beitrag zum Dialog über die Wirklichkeit beim Impfen, den wir aus unserer Verantwortung in der Gesellschaft leisten.

Das Motto der 4. Nationalen Impfkonferenz am 18./19.06.2015 in Berlin lautete

„Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!"

Unterstrichen wurde dies durch ein Zitat von Louis Pasteur:

„Ich will Ihnen das Geheimnis verraten, das mich zum Ziel geführt hat.
Meine Stärke liegt einzig und allein in meiner Beharrlichkeit."

Unsere Beharrlichkeit zeigte sich dadurch, dass wir auch an dieser Impfkonferenz teilnahmen. Wir gaben dort dieses Schwarzbuch weiter, beteiligten uns mit drei Postern (mit den Fakten aus dem Buch) im A0-Format an der Posterpräsentation und informierten an unserem Stand.

Dazu gehörte auch der Hinweis, dass Pasteur sich als Wissenschaftsbetrüger erwiesen hat.

Geison, The private Science of Louis Pasteur, Princeton University Press 1995
(Übersetzt: die private Wissenschaft von Louis Pasteur)

Prüfen Sie unsere Informationen, statt uns einfach zu glauben. Wir stellen hier den Stand der Wissenschaft zum Impfen in Frage - und fordern auch zu einer solchen kritischen Überprüfung unserer Arbeit auf.

Februar 2016

Die Autoren
Jürgen Fridrich und Wolfgang Böhm

DIE IMPFENTSCHEIDUNG

Jedem, der die hier zusammengetragenen Informationen liest und prüft, bleibt die Aufgabe, für jede einzelne Impfung abzuwägen. Wie steht es mit dem Beweis für den Nutzen der Impfung, was ist zum Impfversagen bekannt, was wissen wir zur Sicherheit der Impfung und was nicht, wie groß ist das Risiko, überhaupt an der entsprechenden Krankheit zu erkranken, und wie hoch ist die Gefahr, dass es zu Komplikationen kommt?

Jeder muss eine Entscheidung treffen. Dazu ist es sinnvoll, sich mit möglichen Folgen zu befassen.

• Was ist, wenn ein nicht geimpftes Kind schwer von einer Krankheit betroffen ist, gegen die es geimpft sein könnte? Gibt es Menschen, die dann zu einem stehen? Wie fühlt man sich, wenn einem, vielleicht sogar von Familienangehörigen, vorgeworfen wird, schuld am Leid des Kindes zu sein?

• Wie sieht es z. B. mit der Betreuung des nicht geimpften Kindes aus, wenn ein Ausschluss aus Kindergarten oder Schule droht?

• Regelmäßig erscheinen Berichte von Kindern und Jugendlichen in den Medien, die von der tödlichen subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) als Spätfolgen von Masern betroffen sind. Wie ist es auszuhalten, wenn einem unterstellt wird, dass das eigene nicht geimpfte Kind ein anderes angesteckt hat und dieses deshalb schwer erkrankt?
(Zu SSPE siehe auch Kapitel Masern)

• Auszuschließen ist auch nicht, dass ein geimpftes Kind genau daran erkrankt, wovor es durch die Impfung geschützt sein soll. Nicht selten wird dann nicht erkannt, dass es diese Krankheit hat.

• Was passiert, wenn das geimpfte Kind eine schwere Impffolge erfährt? Vorwürfe sind dann selten, eher Bedauern, dass die für so viele segensreiche Impfung diesem Kind geschadet hat. Fasst unmöglich wird es, einen bleibenden Impfschaden anerkannt zu bekommen. Hier haben Eltern das Gefühl, allein gelassen zu sein.

• Wir lernten auch einige Menschen kennen, die ihr Kind aus Überzeugung, ohne Hinterfragen impfen ließen. Als das Baby danach Symptome eines Schütteltraumas zeigte, wurde ihnen vorgeworfen, dass sie ihr Kind misshandelt haben. Es ist meist schwierig, aufzuzeigen, dass das nicht der Fall war.

Es gibt keine Garantien im Leben und für den Verlauf des Lebens. Wir können nicht sagen, ob ihr Kind (schwer) erkrankt, wenn es nicht geimpft wird. Und auch nicht, ob es eine Impfung verträgt oder eventuell trotzdem daran erkrankt, wovor es geschützt sein soll. Klar ist nur, dass ein nicht geimpftes Kind keine Impffolge erleiden wird, die von einer ihm verabreichten Impfung herrührt.

IMPFEN UND RECHT

Gibt es eine gesetzliche Grundlage für die derzeitige Forderung nach einer Impfpflicht? Oder sind öffentliche Impfempfehlungen verfassungswidrig?

ANSPRUCH

Das Grundgesetz (GG)

Dort sind u.a. folgende Grundrechte formuliert:

Art. 1 (Menschenwürde, Menschenrechte, Grundrechtsbindung)

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbares Recht.

Art. 2 (Freiheitsrechte)

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Art. 5 (Meinungs- und Medienfreiheit; Freiheit der Kunst und der Wissenschaft)

(1) Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Die Pressefreiheit und die Freiheit der Berichterstattung durch Rundfunk und Film werden gewährleistet. Eine Zensur findet nicht statt …

(3) Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre sind frei. Die Freiheit der Lehre entbindet nicht von der Treue zur Verfassung.

WIRKLICHKEIT

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Das IfSG ist ein solches Gesetz, das in die Grundrechte eingreift. Es trat 2001 in Kraft und ersetzte das Bundesseuchengesetz. Zweck des IfSG ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1). Um dies zu erreichen, sieht es die Einschränkung verschiedener Grundrechte vor, die das IfSG auch benennt. Dazu gehört das Recht auf körperliche Unversehrtheit und auf die Freiheit der Person (Art. 2 GG), der Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG), das Brief- und Postgeheimnis (Art. 10 GG), der Freizügigkeit (Art. 11 GG), Freiheit des Berufes (Art. 12 GG) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).

§ 20 Absatz 6 und 7 IfSG ermöglichen eine Impfpflicht:

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) kann insoweit eingeschränkt werden. Ein nach dieser Rechtsverordnung Impfpflichtiger, der nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist von der Impfpflicht freizustellen; dies gilt auch bei anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. § 15 Abs. 2 gilt entsprechend.

(7) Solange das Bundesministerium für Gesundheit von der Ermächtigung nach Absatz 6 keinen Gebrauch macht, sind die Landesregierungen zum Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 6 ermächtigt. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf die obersten Landesgesundheitsbehörden übertragen. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) kann insoweit eingeschränkt werden.

KOMMENTAR

Damit ist im IfSG prinzipiell die Voraussetzung für eine Impfpflicht (Impfzwang) enthalten. Schon 1959 urteilte das BVerwG, dass „Impfzwang grundsätzlich mit dem GG vereinbar ist" (NJW 1959 vom 14.07.1959).

Dabei ist aber u. a. der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten:

(1) Von mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen hat die Polizei diejenige zu treffen, die den einzelnen und die Allgemeinheit am wenigsten beeinträchtigt.

(2) Eine Maßnahme darf nicht zu einem Nachteil führen, der zu dem erstrebten Erfolg erkennbar außer Verhältnis steht.

(3) Eine Maßnahme ist nur so lange zulässig, bis ihr Zweck erreicht ist oder sich zeigt, dass er nicht erreicht werden kann.

Erdle, Infektionsschutzgesetz, Kommentar zu § 16 IfSG, er zitiert aus dem bayerischen Polizeiaufgabengesetz (PAG)

Ob das Bundesverwaltungsgericht heute mit den Informationen aus diesem Schwarzbuch Impfen eine Impfpflicht für verfassungskonform ansehen würde?

....

WICHTIGE GERICHTSURTEILE UND ZITATE, DIE BEIM IMPFEN BEACHTENSWERT SIND

- Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet. Der Senat hält daher daran fest, dass **grundsätzlich auch über derartige äußerst seltene Risiken aufzuklären ist** … In Fällen öffentlicher Impfempfehlungen hat zwar durch die Gesundheitsbehörden eine Abwägung zwischen den Risiken der Impfung für den Einzelnen und seine Umgebung auf der einen und den der Allgemeinheit und dem Einzelnen drohenden Gefahr im Falle der Nichtimpfung auf der anderen Seite bereits stattgefunden. **Das ändert aber nichts daran, dass die Impfung gleichwohl freiwillig ist und sich der einzelne Impfling daher auch dagegen entscheiden kann**. Dieser muss sich daher nicht nur über die Freiwilligkeit der Impfung im Klaren sein … Er muss auch eine Entscheidung darüber treffen, ob er die mit der Impfung verbundenen Gefahren auf sich nehmen soll oder nicht. Das setzt die Kenntnis dieser Gefahr, auch wenn sie sich nur äußerst selten verwirklicht, voraus; diese muss ihm daher durch ärztliche Aufklärung vermittelt werden … Überdies ist zu beachten, dass **die Empfehlung der STIKO nach den Feststellungen des sachverständig beratenen Berufungsgerichts medizinischer Standard ist.**

Urteil des Bundesgerichtshofs (VI ZR 48/99) v. 15.02.2000, (Hervorhebungen durch die Autoren)

- Die Impfung ist eine Körperverletzung (§ 223 StGB). Sie setzt die **Einwilligung** des Impflings (bzw. des/der Sorgeberechtigten oder Betreuers) voraus (§ 228 StGB). Die Einwilligung muss auf einer ausreichenden, dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden **Aufklärung** beruhen *(A. d. A.: Fettdruck im Original)*. Die Risikoaufklärung muss gewährleisten, dass der Impfling – bevor er einwilligt – die für seine Entscheidung notwendigen Informationen über das Für und Wider erhält.

Erdle, Infektionsschutzgesetz, Kommentar zu § 20 IfSG, ecomed 2005,
(Unterstreichungen durch die Autoren)

- Sie *(A. d. A.: die **UN-Kinderrechtskonvention**)* enthält unter Artikel 24 folgenden Hinweis: Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit so-

wie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit an. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

Dieses Ziel wurde auf der UN-Sondertagung für Kinder (08.-10.05.2002) konkretisiert: **Jedes Kind hat das Recht auf Impfungen** gegen verhütbare Krankheiten. Die Routineimpfung von Kindern ist notwendig, um das Recht der Kinder auf Gesundheit zu gewährleisten.

Nassauer/Meyer, Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?, BGesBl. 12/2004, S. 1230-38, zitiert aus UN-Kinderrechtskonvention (20.11.1989/in Kraft 05.04.1992)

- „Die Impfempfehlung muss dabei immer im Blick haben, dass dieses Ziel *(A.d.A.:Schutz des Einzelnen durch Impfung und ausrotten der Krankheitserreger)* nur dann erreicht werden kann, wenn die Schäden durch Impfungen möglichst gering gehalten werden, was nur dann gewährleistet ist, wenn **auf Grund des strengen Zulassungsverfahrens die mit der Impfung verbundenen gesundheitlichen Risiken bekannt sind und als tolerabel im Sinne einer Nutzen-Lastenanalyse angesehen werden können.“**

Urteil des Bundessozialgerichts (Az: B 9a/9 VJ 2/04 R) v. 20.07.2005, (Hervorhebung durch Autoren)

KOMMENTAR

Die Sozialgerichte sind zuständig, wenn es zu klären gilt, ob eine bleibende gesundheitliche Schädigung Folge einer Impfung ist. Auf die UN-Kinderrechtskonvention beruft sich u. a. der Verband der Kinder- und Jugendärzte.

Mit den Informationen in diesem Schwarzbuch prüfen wir, ob die Gerichte und die UN-Kinderrechtskonvention von einer falschen Sachlage ausgehen. Und auch, ob die Empfehlungen der STIKO einer Überprüfung von Nutzen und Risiken der Impfungen standhalten und das Zulassungsverfahren – und auch das Meldesystem während der breiten Anwendung - geeignet ist, um Impfrisiken zu erkennen. Denn dies ist für eine Risiko-Nutzenanalyse unverzichtbar.

So lässt sich klären, ob es eine Grundlage für Impfpflicht/Impfzwang gibt. Oder, im Gegenteil öffentliche Impfempfehlungen verfassungswidrig sind. Die Entscheidung darüber obliegt dem Bundesverfassungsgericht.

....

RECHT IM ALLTAG – ANSPRUCH DAMALS

(Prof. Dr. Heininger, Mitglied der STIKO, 2004)

Ist Impfen unverzichtbar?

Nein! Jeder kann abwägen und selbst entscheiden, ob er sich selbst bzw. sein Kind impfen lässt. Zum Glück leben wir in einer liberalen Gesellschaft, die dem einzelnen größtmögliche Entscheidungsfreiheit und weitgehende Selbstbestimmung zugesteht. Dies beinhaltet die Entscheidungsfreiheit in Angelegenheiten der eigenen Gesundheit. Es gibt bei uns auch keine indirekten Repressalien bei Verzicht auf Impfungen. Keinem Kind wird der Besuch des Kindergartens oder der Schule verweigert, wenn es entgegen den öffentlichen Empfehlungen gegen eine oder mehrere Infektionskrankheiten nicht geimpft ist.

Heininger, Handbuch Kinderimpfungen, S. 193, Irisiana 2004, (Unterstreichung durch Autoren)

WIRKLICHKEIT HEUTE

(Prof. Dr. Heininger, Mitglied der STIKO, 2015)

Die Politik muss nun endlich konkrete Schritte einleiten. Wenn nicht jetzt, wann dann?!

Impfpflicht für Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen endlich umsetzen.

Vor dem Hintergrund der nicht abschwellenden Masernausbrüche wiederholt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) … ihre Forderung, einen altersentsprechend vollständigen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen zur verpflichtenden Voraussetzung für den Besuch

von Schulen, Kindergärten und Kindergrippen zu machen – und dies unverzüglich ... Die Bundesregierung sollte, in Analogie zu anderen Ländern, das Infektionsschutzgesetz dahingehend erweitern, dass der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung im Kindesalter nur bei altersgemäß vollständigem Impfschutz entsprechend den aktuellen STIKO-Empfehlungen möglich ist … Die Landesärztekammern sollten den Beschluss des 109. Deutschen Ärztetags aus dem Jahr 2006 umsetzen und rechtliche Schritte gegen Ärzte einleiten, die mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen.

Heininger, Mitteilung der DAKJ vom 14.04.2015, dakj.de

KOMMENTAR

Schluss mit liberal. Obwohl es um die Masernsituation geht, will die DAKJ eine Impfpflicht für alle von der STIKO empfohlenen Impfungen.

Was passiert schon seit Jahren?
Einzelne Kindergärten und Schulen verweigern die Aufnahme von Kindern, weil sie nicht geimpft sind.

Schüler werden nicht zu Schulausflügen mitgenommen, weil sie nicht gegen Tetanus geimpft sind.

Für einen Praktikums-, Ausbildungs-, Studien- oder Arbeitsplatz werden bestimmte Impfungen verlangt. Dies gilt mittlerweile z.B. auch für Mitglieder der freiwilligen Feuerwehr, des Technischen Hilfwerkes, des Roten Kreuzes und der Polizei. Begründet wird dies meist damit, dass gegenüber dem Mitarbeiter eine Fürsorgepflicht besteht, die Berufsgenossenschaft dies verlangt oder der Mitarbeiter andere anstecken könnte.

Und was passierte Anfang des Jahres 2015 in Berlin anlässlich des Masernausbruchs und des Todes eines 1 ½ jährigen Kindes? Eltern nicht geimpfter Kinder wagten nicht mehr, dies einzugestehen. Nur weil in den Medien den Eltern Angst gemacht wurde, dass nicht geimpfte Kinder andere (geimpfte) mit (tödlichen) Masern anstecken könnten.

Bereits nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 2006 haben wir auf viele im Schwarzbuch Impfen aufgezeigte Mängel hingewiesen und einen Forderungskatalog zusammengestellt, der an die Entscheidungsträger in Bund und Bundesländer ging. Nur wenige Forderungen sind bis heute erfüllt. Den Katalog finden sie am Ende dieses Buches.

....

WIRKLICHKEIT

Nach der epidemiologischen Situation fällt es schwer, Schutzimpfungen als dringliche medizinische Maßnahme zu begründen und bei einer entsprechenden Weigerung durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte Ärzten aufzuerlegen, in solchen Fällen Jugendämter oder Familiengerichte einzuschalten, damit diese ggf. die Einwilligung zur Impfung erteilen.

Nassauer/Meyer, Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?,
BGesBl. 12/2004, S. 1230-38, (Hervorhebung durch Autoren)

KOMMENTAR

Hier wird von Mitarbeitern des RKI dargestellt, dass die Dringlichkeit von Impfungen kaum zu begründen ist. Jeder kann das mit Hilfe des Inhaltes des vorliegenden Buches prüfen.

....

ANSPRUCH

Tatsächlich ist es der Erfolg der Schutzimpfungen, der die Gefahr birgt, dass ihre Bedeutung verkannt und vor allen Dingen bei Laien unterschätzt wird.

Nassauer/Meyer, s.o.

KOMMENTAR

Die Bild- und Wortbeiträge in diesem Buch ermöglichen es jedem, diesen Erfolg zu überprüfen.

....

WIRKLICHKEIT

Eltern, die Impfungen ablehnen, tun dies im wohlmeinenden Interesse ihres Kindes und nehmen dafür durchaus schmerzliche Kritik in Kauf. Üben sie also ihre elterliche Sorge missbräuchlich aus oder vernachlässigen sie ihre Kinder? Im Ergebnis spricht mehr dagegen als dafür … Denn es ist ungewiss, ob ein nicht gegen Diphtherie geimpftes Kind je mit dem Erreger in Kontakt kommt und erkrankt … Es gibt zahllose Verletzungen, die stark verschmutzt sind, und trotzdem kommt es nicht zu einer Tetanuserkrankung. In der Umgebung von invasiven Erkrankungen durch Pneumokokken oder Meningokokken ist ein hoher Prozentsatz der Kontaktpersonen Träger, ohne dass sie selbst erkranken.

Nassauer/Meyer, s.o.

KOMMENTAR

Auch diese sachlichen Ausführungen unterstreichen, dass es für Druck auf Eltern, die beim Impfen ihrer Kinder zurückhaltend sind, keine ausreichende Grundlage gibt.

••••••••••••••••••••••••••••••••

WIRKLICHKEIT

Wenn es also darum geht, im Rahmen der Garantien des Grundgesetzes in Elternrechte nur so weit einzugreifen, als es zum Schutz der Kinder unbedingt erforderlich ist, wäre die Impfung gegen Poliomyelitis sicherlich die am wenigsten dringliche Maßnahme, da Europa seit Jahren frei von Poliomyelitis ist und der Import des Erregers als Gefahr gerne bemüht wird, aber noch nicht einmal bei allen Szenarien zu biologischen Gefahrenlagen eine Rolle gespielt hat.

Nassauer/Meyer, s.o.

KOMMENTAR

Vor etwa 10 Jahren war der damalige STIKO-Vorsitzende Prof. Schmitt während eines Impfsymposiums in Gauting gefragt worden, auf welche Impfung er als erstes verzichten würde, wenn er eine auswählen müsste. Er nannte die Tetanusimpfung und begründete das damit, dass es hier nur um den Schutz des einzelnen geht.

••••••••••••••••••••••••••••••••

ANSPRUCH

Dagegen ist das Unterlassen der Tetanus-Impfung, auch wenn der Erreger nicht von Mensch zu Mensch übertragbar ist, für Kindergartenkinder mit blutenden und erdverschmutzten Wunden durch kein rationales Argument zu begründen.

Nassauer/Meyer, s.o.

KOMMENTAR

Auf S. 1236 stellen die Autoren fest, dass es zahllose Verletzungen gibt, die stark verschmutzt sind, und es trotzdem nicht zu einer Tetanuserkrankung kommt. Und auf der gegenüberliegenden S. 1237 folgen dann solche dramatischen Töne.

Mit ganz rationalen Argumenten wird allerdings schon jeder Medizinstudent vertraut gemacht. Der Tetanus-Erreger ist ein Anaerobier, also zu seiner Aktivität nur unter Sauerstoffabschluss fähig. Diese Bedingung liegt bei offenen, blutenden Wunden nicht vor. Außerdem lernt man die Bedeutung der Wundreinigung einschließlich der Entfernung von zerstörtem Gewebe kennen. Dadurch wird selbst bei entsprechenden Verletzungen das Risiko stark minimiert.

Wie gering dieses – auch im Vergleich zu anderen früher schwer verlaufenden impfpräventablen Erkrankungen – ist, kann jeder erkennen, der sich mit der Epidemiologie von Tetanus über lange Zeiträume beschäftigt (siehe hierzu Abbildungen im Kapitel „Tetanus“).

Aus unserer Sicht stellt sich nicht die Frage, ob wir in Deutschland oder irgendwo auf der Welt eine Impfpflicht brauchen. Sondern, ob öffentliche Impfempfehlungen aufgrund der Sachlage mit unserer Verfassung vereinbar sind.


Aus unserer Sicht sind sie es nicht. Die Entscheidung darüber wird wohl das Bundesverfassungsgericht zu treffen haben.

ANSPRUCH

Unter *Impfkritik* werden alle Äußerungen verstanden, die nach aktuellem wissenschaftlichem Stand falsch sind oder einen ideologischen Hintergrund haben und die verwendet werden, um gegen Impfungen zu argumentieren. Der Begriff schließt nicht den fachlich-medizinischen Diskurs ein.

Betsch, Die Rolle des Internets bei der Elimination von Infektionskrankheiten,
BGesBl. 9/2013, S. 1279-86, (A. d. A. kursiv im Original)

KOMMENTAR

Mit solchen Definitionen ruft die Autorin eher Verwirrung hervor, da sie den Eindruck erweckt, dass Impfkritik unangebracht sei. Sie gibt keine Definition für Kritik am Impfen im Rahmen eines fachlich-medizinischen Diskurses an. Kritik ist die Grundlage der Wissenschaft. Sie erfolgt innerhalb und außerhalb von Fachkreisen. Im Diskurs muss sich dann erst herausstellen, ob Kritik ausreichend begründet ist. Wenn ja, dann muss der Stand der Wissenschaft geändert werden. Wenn nein, dann spricht man von unberechtigter Kritik. Der Stand der Wissenschaft unterliegt einer steten Erprobung, wird entweder verifiziert (bestätigt) oder falsifiziert (widerlegt).

WIRKLICHKEIT

Eine kritische Haltung gegenüber dem Impfen ist naturgemäß keinesfalls verwerflich.

Betsch, s.o.

KOMMENTAR

Das relativiert die obige Aussage.

ANSPRUCH

Insgesamt ist es wichtig, dass bei einer prototypischen Entscheidungshilfe auch der Verzicht auf eine Impfung ein prinzipiell mögliches Resultat sein sollte (z. B. bei fehlender Indikation oder geringer Wertschätzung von Schutz vor impfpräventablen Erkrankungen). Dahinter steht der Grundsatz, informierte Entscheidungen durch notwendige Informationen zu fördern – und so z. B. auch Empfehlungsentscheidungen der STIKO transparent zu machen - und nicht, bestimmte Verhaltensweisen durch Überredungstechniken zu fördern.

Betsch, s.o.

KOMMENTAR

Genau zu solchen informierten Entscheidungen soll das Schwarzbuch Impfen durch Fakten über das vorhandene Wissen oder Nichtwissen beitragen. Es besteht weniger die Gefahr, dass jemand überredet wird, sondern durch Vorenthalten wichtiger Informationen oder Wissenslücken zu einer Entscheidung veranlasst wird, die er nicht treffen würde, wenn er davon Kenntnis hätte.

ANSPRUCH

Impfgegner … argumentieren in der Regel irrational oder zumindest unwissenschaftlich. Häufig sind sie auch aus religiösen und ideologischen, aber auch aus esoterischen oder alternativmedizinischen Gründen gegen Impfungen eingestellt.

Meyer/Reiter, Impfgegner und Impfskeptiker, BGesBl. 12/2004, S. 1182-88

KOMMENTAR

Dieses Buch zeigt in kompakter Form, dass es sehr rationale, sachliche Gründe dafür gibt, eine kritische Haltung zum Impfen einzunehmen. Die Beiträge stammen nicht von irrationalen Impfgegnern, sondern vor allem aus Veröffentlichungen von RKI und PEI. Wir wundern uns, dass so zahlreiche Berichte mit Zitaten erschienen sind, die belegen, dass die Tatsachen gegen Impfungen als wissenschaftlich begründete Methode sprechen. Noch nachdenklicher macht uns, dass diese keine Diskussion auslösten, ihnen nicht widersprochen wurde und sie nicht widerlegt wurden.

WIRKLICHKEIT

Vor dem Hintergrund, dass auch in Zukunft Personen die empfohlenen Impfungen nicht in Anspruch nehmen, wird es insbesondere bei Masernausbrüchen eine Herausforderung bleiben, die Tatsachen zu ermitteln, die bei einer nicht geimpften Person einen Ansteckungsverdacht **gerichtsfest** belegen.

Höhl u. a., Ausbruchsmanagement von Masern, BGesBl. 7/2013, S. 1287-92,
(Hervorhebung durch Autoren)

KOMMENTAR

Vom Bundesverwaltungsgericht wurde 2012 in letzter Instanz (Urteil BVerwG 3 C 16.11 v. 22.03.2012) bestätigt, dass es für einen Schulausschluss nicht ausreicht, wenn eine Person nicht geimpft ist, sondern der Ansteckungsverdacht muss konkret ermittelt werden. Das Gericht stellte fest, dass die bisher über viele Jahre übliche Praxis rechtswidrig war. Das zeigt, dass es sinnvoll sein kann, strittige Fragen auf dem Rechtsweg zu klären, so, wie wir es in diesem Fall erfolgreich getan hatten. Wichtige Informationen bei drohendem Ausschluss aus Schule und Kindergarten haben wir in einem Wegweiser zusammengefasst – für Eltern, aber genauso für die Entscheidungsträger beim Gesundheitsamt und den Einrichtungen, sowie für die zuständigen Gerichte.

Den Wegweiser „Verhalten bei (drohendem) Kindergarten- oder Schulausschluss im Rahmen von Ausbruchsgeschehen" finden Sie als Rundbrief 1/2015 unter www.libertas-sanitas.de.

2 ½ Jahre nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes wurde 2015 das Infektionsschutzgesetz ergänzt (§ 28 Absatz 2 IfSG): „Wird festgestellt, dass eine Person in einer Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt, dessen verdächtig oder ansteckungsverdächtig ist, kann die zuständige Behörde Personen, die weder einen Impfschutz, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, noch eine Immunität gegen Masern durch ärztliche Bescheinigung nachweisen können, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung nicht mehr zu befürchten ist."

Wie bisher muss der Ansteckungsverdacht festgestellt werden. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist weiterhin zu beachten (siehe Kapitel Impfen und Recht, Seite 11).

Ebenfalls eingefügt wurde § 23a: „Wenn und soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können, erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten im Sinne des § 3 Absatz 11 des Bundesdatenschutzgesetzes über dessen Impfstatus und Serostatus erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden."

Die Anwendung des § 23a IfSG erfolgte in der Charitè Universitätsmedizin Berlin per Vorstandsbeschluss: ein vollständiger berufsbezogener Impfstatus ist Voraussetzung bei Neueinstellungen (Epidemiologisches Bulletin 47/48/2015: Berliner Masernausbruch 2014/2015, S. 499-506).
Ob dies zulässig ist bedarf gerichtlicher Prüfung.

ANSPRUCH

Die Elimination *(A. d. A.: der Masern)* wird anhand von mehreren von der WHO definierten Indikatoren zertifiziert, deren Erreichen sich auch Deutschland bis 2010 zum Ziel gesetzt hat.

… 2. Erreichung und Aufrechterhaltung einer Impfquote von mindestens 95 % mit zwei Masernimpfungen

RKI, Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin Nr. 32 vom 16. August 2010, S. 315-22

KOMMENTAR

Nach den Aussagen des RKI sind bereits 95 % nach der 1. Impfung geschützt. Die 2. Impfung ist nur für die restlichen 5 % notwendig, bei denen die 1. Impfung ihre Schutzwirkung nicht entfaltet hat. Statt durch Testung herauszufinden, wer nachgeimpft werden muss, hat man sich entschieden, alle ein 2. Mal zu impfen. D. h., dass 95 % dem Risiko einer 2. Impfung ausgesetzt werden, ohne dass es erforderlich ist.
Das Mitglied der STIKO, Prof. Dr. Ulrich Heininger, schreibt zur Testung:
Zum einen ist selbst durch eine Antikörperbestimmung keine zuverlässige Aussage über Vorhandensein oder Fehlen von Impfschutz möglich, zum anderen ist das einfach zu teuer.

Heininger, Handbuch Kinderimpfungen, Irisiana 2004, S. 64/65

Heiniger bringt damit deutlich zum Ausdruck, dass nachgewiesene Antikörper nicht mit Schutz vor einer Erkrankung gleichzusetzen sind.

....

WIRKLICHKEIT

Jeder Staat in Europa hat einen eigenen Impfkalender. So wird z. B. empfohlen, die 1. Impfung im 11.-14. Lebensmonat (Deutschland), in bestimmten Fällen auch früher, oder im 18. Lebensmonat (Schweden) durchzuführen und die 2. mit 15-23 Monaten (Deutschland) oder mit 9 Jahren (Niederlande).

European Center for Disease Prevention and Control, http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx, 28.05.2015

Sachsen, das eine eigene Impfkommission (SIKO) hat, weicht von der STIKO-Empfehlung ab und empfiehlt die 1. Impfung erst vom 13.-16. Monat und die 2. erst ab dem 6. Lebensjahr. Die STIKO empfiehlt allen ab 1970 Geborenen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit eine einmalige Impfung. Die SIKO rät bereits allen ab 1958 Geborenen zu insgesamt 2 Impfungen.

RKI, Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014, Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 25. August 2014, S. 305-22 und Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen vom 02.09.1993; Stand: 01.01.2015

KOMMENTAR

Die Spannweite der Empfehlungen ist europaweit groß, was wissenschaftlich kaum zu begründen ist. Über die Berechtigung dieser europaweiten Abweichungen sind sich die Experten uneinig, wie aus dem Bundesgesundheitsblatt 11/2009 (S. 1095-98 bzw. 1099-1104) zu entnehmen ist. Es gibt also keinen wissenschaftlichen Konsens über einen sinnvollen Weg.

Welche der zahlreichen Empfehlungen kann im Falle der Einführung einer Impfpflicht gerichtsfest zum Bestandteil des Gesetzes oder der Verordnung gemacht werden?

ALTERNATIVEN ZU IMPFUNGEN

ALLGEMEINES

Die erste Alternative ist, nicht zu impfen. Wie ist der Gesundheitszustand von nicht Geimpften im Vergleich zu dem von Geimpften? Wie häufig erkranken beide Gruppen an impfpräventablen Krankheiten; und wenn sie erkranken, wie schwer?

Es gibt mehrere Studien, die den Gesundheitszustand von nicht geimpften mit dem von geimpften Kindern vergleichen. Dazu gehört sogar die KIGGS-Studie des RKI. Alle weisen den Mangel auf, dass andere Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken, nicht (ausreichend) berücksichtigt wurden. Dazu gehören zum Beispiel das Stillen und die Ernährung danach, Medikamente, Anwendung nicht schulmedizinischer Therapien. Dadurch ist nicht bewertbar, welcher Einfluss auf das Impfverhalten zurückzuführen ist und welcher auf andere Faktoren. Nachfolgend gehen wir auf das Stillen etwas ausführlicher ein, wo dies deutlich wird.

Wie sieht es mit den „alternativen" Therapien wie Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur u. a. aus? Prinzipiell bietet ihnen die Geschäftsordnung (GO) der STIKO (siehe am Schluss dieses Kapitels) eine großartige Möglichkeit, gebührende Beachtung bei den Impfexperten zu finden. Dort heißt es, dass die STIKO Daten zu sonstigen Möglichkeiten der Prävention und Möglichkeiten der Therapie der übertragbaren Krankheiten auswertet.

Es liegt also an den Vertretern dieser Therapieformen, der STIKO ausreichend wissenschaftlich belastbare Informationen zur Verfügung zu stellen. So, wie man es berechtigterweise auch von den Impfbefürwortern erwartet.

....

ANSPRUCH

Impfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Maßnahmen der Prävention im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Reinhard Kurth, RKI, BGesBl. 2002-45-315, Editorial

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven medizinischen Maßnahmen.

RKI, Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand August 2014, Epidemiologisches Bulletin 34/2014 (25.08.), S. 305-340

Impfungen haben als klassische, qualitätsgesicherte, kosteneffektive und anerkannte Maßnahme der Primärprävention im letzten Jahrhundert eindrücklich gezeigt, dass sie maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Bevölkerungen beitragen.

Meyer, Editorial Impfungen und Impfprogramme - aktuelle Aspekte des Impfwesens in Deutschland, BGesBl. 12/2004, S. 1127-28

Impfungen haben beim Rückgang von impfpräventablen Erkrankungen in Deutschland einen wertvollen Beitrag geleistet und sind auch in Zukunft die vordringlichste Maßnahme der primären Prävention dieser Erkrankungen.

Meyer u. a., Anerkannte Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland 1990-1999, BGesBl. 4/2002, S. 364-70

WIRKLICHKEIT

Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. McKeown zeigte, dass es vor allem den Verbesserungen in der Ernährung (ausreichende Menge) und der Bildung sowie technischen und sozialen Reformen in der Arbeitswelt und städtischen Umwelt zu verdanken war, dass zumindest in industrialisierten Ländern die große Geißel der Seuchen von den Menschen genommen wurde.

Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird.

Rosenbrock, Was ist New Public Health?, BGesBl. 8/2001, 753-62; er zitiert aus: Die Bedeutung der Medizin, McKeown, Suhrkamp, 1982

Dabei warf er (*A. d. A.: STIKO-Mitglied Prof. Mertens*) die Frage auf, welche Qualität der Evidenz (auf bestmöglicher Beweislage basierende Daten) mindestens für eine Empfehlung vorliegen sollte und wie vorzugehen ist, wenn Daten für Deutschland weder bislang vorliegen, noch in naher Zukunft zur Verfügung stehen werden.

... Wichtig seien Informationen, ob der Impfstoff nicht nur immunogen sei (*A. d. A.: eine Antikörperreaktion auslöst*), sondern auch tatsächlich einen Schutz gegen die impfpräventable Erkrankung induziere.

Robert Koch-Institut, Bericht zum internationalen Workshop „Methoden zur Entwicklung standardisierter evidenzbasierter Impfempfehlungen", Epidemiologisches Bulletin 12/2011 (28.03.) S.89-93

Kommentar: Falls die obigen Aussagen wie „Impfungen gehören zu den wichtigsten medizinischen Maßnahmen der Prävention" zutreffend wären, bedeuten sie doch, dass es noch mindestens eine weitere medizinische Maßnahmen geben muss, die vergleichbar ist. Welche ist das?

Außerdem stellt sich die Frage, ob es nicht-medizinische Maßnahmen gibt, die gleichwertig sind. Nachfolgend gehen wir auf das Stillen und Kondom ausführlicher ein.

1. Nicht gestillte Kinder haben im Vergleich zu gestillten:

(Klammerwerte: Verringerung von Krankheits- und Sterberisiko sowie der Kosten durch Stillen)

- 2,3 x mehr Atemwegserkrankungen (-57 %)
- 3,5 x mehr Durchfälle (-71 %)
- 5 x mehr Infektionen der Harnwege (-80 %)
- 10 x mehr Mittelohrentzündungen (-90 %)
- 5,6 x erhöhtes Risiko für Tod an Lymphdrüsenkrebs (-82 %)
- 15 x höhere medizinische Kosten im Alter von 6 Monaten (-93 %)
- 3 x erhöhtes Risiko für Tod an Plötzlichem Kindstod (-67 %)

International Baby Food Action Network, Genf, Schweiz, Initiativ Liewensufank, Itzig, Luxemburg, (Die Übersicht der Quellen kann bei der Geschäftsstelle angefordert werden.)

Kommentar: Stillen hilft nicht nur, Durchfall zu vermeiden, sondern hat noch viele weitere positive Aspekte.

2. Stillen verhindert Rotavirus-Durchfallerkrankungen doppelt so gut wie die Impfung

Da andere Präventionsstrategien, wie z. B. Hygienemaßnahmen, RV-Infektionen nicht effektiv verhindern können, stellt die RV-Impfung die geeignetste Maßnahme zur Vorbeugung einer RV-Gastroenteritis *(A. d. A.: Durchfallerkrankung)* dar.

Mitteilungen der Ständigen Impfkommission (STIKO): Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen in Deutschland, BGesBl. 7/2013, S. 955

Das widerlegt eine Studie aus Mexiko, die nachfolgende Tabelle mit Risikofaktoren für eine Rotavirus-Durchfallerkrankung enthält.

	Risiko (OR)	**Zufall (P)**
Stillen	**0,20** (0,08-046)	<.001
Kürzlich Durchfall	3,0 (1,48-6,20)	<.002
Impfung (1-2 Dosen)	**0,41** (0,21-0,80)	<.009
7 Personen oder mehr im Haushalt	2,41 (1,24-4,70)	<.010
Kühlschrank	**0,47** (0,24-0,92)	<.028

Sanchez-Uribe u. a., Risk factors associated with rotavirus gastro-enteritis during a community outbreak in Chiapas, Mexico during the post-vaccination era (Risikofaktoren für eine Rotavirus-Durchfallerkrankung während eines Ausbruchs in Chiapas, Mexiko, in der Impfära), Pediatr Infect Dis J 2013; 2(1):15-20 (elektronisch veröffentlicht am 31.07.2012)

Erläuterung der Tabelle:

In der Spalte Risiko bedeutet z. B. der Wert 0,20 beim Stillen, dass sich das Risiko einer RV-Durchfallerkrankung von 1,00 (ungestillt) auf 0,20 (gestillt) verringert. Es sinkt also auf 20 % des Ausgangsrisikos, oder anders ausgedrückt, reduziert Stillen dieses um 80 %. Der Klammerwert (beim Stillen 0,08-0,46) stellt die statistische Schwankungsbreite dar. Die Spalte Zufall gibt einen Hinweis darauf, wie wahrscheinlich es ist, dass das Ergebnis des Risikos nur auf Zufall beruht. Je kleiner der Wert ist, desto sicherer erscheint die Aussage. Meist werden Werte unter 0,05 als signifikant angesehen. Signifikant steht also für eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein zufälliges Ergebnis handelt. Wogegen im normalen Sprachgebrauch darunter „auffallend, bedeutsam" verstanden wird.

Die Tabelle zeigt auch, dass allein schon das Vorhandensein eines Kühlschrankes fast die gleiche Schutzwirkung (Tabellenwert 0,47) wie die Impfung (0,41) hat. Stillen halbiert sogar das Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Impfung.

Kommentar: Stillen als wichtigster Schutz vor RV-Durchfallerkrankungen wurde in den Zulassungsstudien nicht berücksichtigt. Dass das ein Fehler war, beweisen diese Daten. Die Ergebnisse aus der Zulassung sind daher ohne Aussagekraft. Denn es ist von einer Verzerrung (Bias) in unbekannter Größenordnung auszugehen: Es ist nicht unterscheidbar, welcher Anteil des Schutzes eine Folge des Stillens und welcher der Impfung ist.

3. Kondom schützt vor Krebsvorstufen besser als die Impfung

- Es verhindert 70 % der HPV-Infektionen und 100 % der Gewebeveränderungen (so genannte CIN), die als Krebsvorstufen gelten. Auch die HPV-Typen betreffend, die nicht im Impfstoff enthalten sind, und 30 % aller Vorstufen ausmachen.
- Gleichzeitig schützt es vor anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen, wie Syphilis, HIV/Aids und Hepatitis-B. Weder STIKO noch BZgA weisen darauf hin, dass das Kondom zwei Impfungen überflüssig macht.
- Die Bedeutung des Kondoms als wichtige Präventionsmaßnahme blieb in den Zulassungsstudien unberücksichtigt. Deren Ergebnisse zur Wirksamkeit der Impfung sind daher ohne Aussagekraft. Denn es ist von einer Verzerrung (Bias) in unbekannter Größenordnung auszugehen, da nicht bewertet werden kann, ob der Schutz Folge der Impfung oder des Kondoms ist.
- Da Nutzen und Wirksamkeit nicht valide erfasst wurden, ist auch keine Nutzen-Risiko-Abwägung möglich. Damit fehlt die Voraussetzung für Zulassung, Empfehlung und Anwendung.
- Die STIKO verstößt gegen ihre Geschäftsordnung, weil sie diese andere Möglichkeit zur Prävention unbewertet lässt.

....

ANSPRUCH

§ 3 IfSG Prävention durch Aufklärung

Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit **über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung** sind eine öffentliche Aufgabe.

§ 20 IfSG Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(1) Die zuständige obere Bundesbehörde, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung **über die Bedeutung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe** übertragbarer Krankheiten.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Ständige Impfkommission eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. **Die Kommission gibt Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten** und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.

Auszüge aus dem Infektionsschutzgesetz (A. d. A.: Hervorhebung durch Autoren)

Geschäftsordnung der STIKO

Die Kommission *(A. d. A.: Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut)* gibt ihre Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten nach dem Stand der Wissenschaft. Dazu wertet die Kommission zur jeweiligen übertragbaren Krankheit Daten zu Wirksamkeit und Verträglichkeit der Impfstoffe oder Mittel der spezifischen Prophylaxe, zu Eigenschaften und Epidemiologie des Krankheitserregers sowie zu Epidemiologie, Verlauf, sonstigen Möglichkeiten der Prävention und Möglichkeiten der Therapie der übertragbaren Krankheit aus, nimmt auf dieser Grundlage eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Abwägung vor und berücksichtigt Belange der praktischen Durchführung. Die Kommission hat die Empfehlungen auf dem Stand der Wissenschaft zu halten *§ 1 Absatz 3 Geschäftsordnung der STIKO vom 16. Oktober 2008 in der Fassung der Änderung vom 20. Juni 2014, (A. d. A.: Hervorhebungen durch die Autoren)*

KOMMENTAR

- **§ 3 IfSG:** Information und Aufklärung über die Möglichkeiten zur Verhütung der Gefahren übertragbarer Krankheiten sind öffentliche Aufgabe. Dazu gehören z. B. auch Stillen, Kondom, Händewaschen.
- **§ 20 IfSG:** Absatz 1 schränkt ein: Information nur über Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (§ 2 Nr. 10 IfSG: die Gabe von Antikörpern (passive Immunprophylaxe) oder die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten.
- Bei den Impfungen gegen Rotaviren und gegen humane Papillomaviren verstößt die STIKO gegen ihre Geschäftsordnung, weil sie andere Möglichkeiten zur Prävention nicht bewertet. Bei anderen Impfungen versäumt sie – wie die entsprechenden Stellen in anderen Ländern und die WHO – auf die großen Wissenslücken zur Verträglichkeit von Impfungen hinzuweisen.

Was z. B. zu einer Aufklärung nach § 3 IfSG gehört:

In 99,7 % aller Gebärmutterhalstumoren lassen sich Papillomviren nachweisen. In 70 % der Fälle sind dies die Typen 16 und 18, bei den übrigen 30 % konnten bisher 15 weitere HPV-Typen nachgewiesen werden.

Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Schneller als das Virus! Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs, 2007 (Medizinische Redaktion: Prof. Hillemanns, Sprecher der Gesellschaft zur HPV-Impfung)

Mit HPV-16 infizierte Raucherinnen haben ein 14fach höheres Krebsrisiko, als nicht infizierte Raucherinnen. Bei Raucherinnen mit hohen HPV-16-Konzentrationen lag das Risiko, an einem Zervixkarzinom *(A. d. A.:Gebärmutterhalskrebs)* zu erkranken, um das 27fache höher, als bei Nichtraucherinnen mit niedrigen HPV-16-Werten.

Gunell, Synergie between Cigarette Smoking and Human Papillomavirus Type 16 in Cervical Cancer in situ, Cancer Epidemiology Biomakers & Prevention 2006; 15:2141-2147

(Übersetzung: Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und HPV 16 bei Gebärmutterhalskrebs)

Das Gesundheitsministerium hat dafür Sorge zu tragen, dass § 3 IfSG erfüllt wird.

Information und Aufklärung umfassen nicht nur die Bedeutung von Impfungen!

NUTZEN UND WIRKSAMKEIT VON IMPFUNGEN

ANSPRUCH

Die Verbesserung der sozialen und hygienischen Bedingungen sowie die Verfügbarkeit hochwirksamer Antibiotika und moderner Impfstoffe haben im vergangenen Jahrhundert zu einem weltweiten Rückgang von Infektionskrankheiten geführt … Da klassische Infektionskrankheiten aufgrund von Impfungen in Deutschland heute seltener auftreten, sind auch deren tödliche oder komplikationsreiche Verläufe nicht mehr Gegenstand öffentlicher oder fachöffentlicher Wahrnehmung … Die sachliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den durchaus verbreiteten Vorbehalten gegen das Impfen ist auf der Basis von wissenschaftlich fundierten Argumenten zu führen. Die Aufklärung, Information und die Schaffung von Transparenz zu allen Aspekten des Impfens, insbesondere zur Sicherheit von Impfstoffen und zu möglichen Nebenwirkungen, ist eine interdisziplinäre, multiinstitutionelle Aufgabe, die auch in Zukunft verantwortungsvoll wahrzunehmen ist.

Kurth, Editorial Impfen – Aufklärung tut Not!, BGesBl. 4/2002, S. 315

Schutzimpfungen haben in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten neben der Verbesserung der sozialen und hygienischen Lebensbedingungen aufgrund ihrer Effektivität, der günstigen Risiko-Nutzen-Relation und ihrer gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Akzeptanz einen hohen Stellenwert und Wirkungsgrad.

Grundlage der Ausgestaltung von Impfprogrammen müssen kontinuierlich erhobene, valide und belastbare Daten zu Erkrankungshäufigkeiten, Seroprävalenz *(A. d. A.: Häufigkeit von Antikörpern im Blut),* Durchimpfungsraten, Impfkomplikationen sowie zur Evaluation bestehender Programme sein.

Meyer u. a., Über die Bedeutung von Schutzimpfungen, BGesBl. 4/2002, S. 323-31
(Alle 5 Autor(inn)en waren damals Mitarbeiter(innen) des RKI.)

Neben Verbesserungen der allgemeinen Hygiene, Ernährung und Therapiemöglichkeiten haben Schutzimpfungen in wesentlichem Maße zum Rückgang von Morbidität und Mortalität zahlreicher Infektionskrankheiten beigetragen.

Heininger, Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen,
BGesBl. 12/2004, S. 1129-35

Es kommt hinzu, dass der beeindruckende Erfolg mancher Schutzimpfung diese zu ihrem eigenen „Feind“ machen kann.

Dittmann, Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein,
BGesBl. 4/2002, S. 316-22

Die bisherigen Versuche, Infektionen global in den Griff zu bekommen, wären hoffnungslos, gäbe es keine Impfstoffe. Ohne Vakzinierung und ihre Weiterentwicklung ist der Kampf gegen weltweite Seuchen nicht zu gewinnen.

Kaufmann u. a., Neue Impfstoffkonzepte auf Basis moderner Erkenntnisse der Immunologie,
BGesBl. 11/2009, S. 1069-82

WIRKLICHKEIT

Die Klage über das Fehlen geeigneter Surveillanceprogramme *(A. d. A.: systematische und kontinuierliche Überwachungsprogramme),* die die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen von Impfprogrammen kontinuierlich erfassen und so eine Steuerung allgemeiner Impfungen gestatten, zieht sich leider wie ein roter Faden durch viele Beiträge des vorliegenden Heftes …

Entscheidend für die Beantwortung dieser Fragen ist einerseits eine klare Positionierung der Politik, andererseits der objektive Nachweis der Wirksamkeit der betreffenden Impfprogramme. Diese Forderung ist im Zeitalter der evidenz-basierten Medizin nicht nur ein allgemein gültiger Anspruch der kritischen Wissenschaft, sondern auch ein berechtigter Wunsch der Gesellschaft, die das Impfprogramm finanziert.

Hengel, v. Kries, Editorial Impfen, BGesBl. 11/2009, S. 1003-5

KOMMENTAR

Ein Blick auf die Zitate und die noch folgenden Abbildungen in diesem Buch löst Zweifel an diesem postulierten wesentlichen Beitrag der Impfungen aus. Begrüßenswert ist jedoch, dass andere Einflussfaktoren überhaupt benannt werden.

Wir erinnern an die Aussage von Rosenbrock/McKeown im Kapitel „Alternativen zu Impfungen": „Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin ... Medizinische Forschung und Dienste sind fehlgeleitet, da von falschen Annahmen über die Grundlage menschlicher Gesundheit ausgegangen wird".

In den Ländern mit geringem Bevölkerungseinkommen ist die Situation heute so, wie in den Industrieländern vor 100 Jahren. Wenn den Menschen z. B. in Afrika Hilfe für sauberes Trinkwasser und Abwasserversorgung geleistet wird, ihnen ausreichende selbst erzeugte Nahrung ohne industrielle Verarbeitung zur Verfügung steht und sie unterstützt werden, Kriege zu beenden und dafür Bildung für alle erreicht wird, dann werden sie dieselbe Verbesserungen erfahren. Grundlage ist das Stillen der Kinder.

....

WIRKLICHKEIT

Mehr als die Hälfte der Mumpsinfektionen verläuft oligosymptomatisch (als unspezifischer respiratorischer Infekt) oder asymptomatisch.

Heininger, Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen,
BGesBl. 12/2004, S. 1129-35

KOMMENTAR

Wie lässt sich dann die Erkrankungshäufigkeit, auch unter Geimpften, feststellen? Etwa seit Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts wird in Deutschland gegen Mumps geimpft. Erst etwa 40 Jahre später, 2013, gibt es eine Meldepflicht für die Krankheit. Wie kann so der (positive) Einfluss der Impfung ermittelt werden?

....

ANSPRUCH

Zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen sind daher in Ergänzung zur Meldepflicht weitere Surveillancesysteme notwendig. Zur dauerhaften Sicherung dieser Surveillance ist angesichts des hohen Stellenwertes sowie der Publik-Health-Relevanz der resultierenden Daten **eine industrieunabhängige Finanzierung dringend angezeigt. Nur so kann die Öffentlichkeit von der Objektivität der Ergebnisse überzeugt werden.** Andernfalls bleiben Glaubwürdigkeitsprobleme, die auch der Förderung des Impfgedankens abträglich sind. Bei industrieabhängigen Finanzierungen besteht die Gefahr, dass Planung und Zielsetzung der Studien inhaltlich beeinflusst werden. Hinzu kommt, dass bei möglichen Problemen mit dem jeweiligen Impfstoff leicht Interessenskonflikte zwischen öffentlichem und Industrieinteresse entstehen können, die zumindest eine sehr sorgfältige Berücksichtigung in den jeweiligen Studienprotokollen finden müssen (Interpretationshoheit der Daten, Veröffentlichungsrechte).

Kalies/Siedler, Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit
von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen,
BGesBl. 11/2009, S. 1011-18

Neben epidemiologischen und erregerspezifischen Kriterien müssen hierbei auch politische Anforderungen erfüllt werden, etwa wissenschaftliche Unabhängigkeit und eine industrieunabhängige Finanzierung. Andernfalls werden die impfkritischen Teile der Bevölkerung nicht überzeugt, sondern in ihren Vorurteilen bestärkt.

Hengel/v.Kries, Editorial Impfen, BGesBl. 11/2009, S. 1003-5

KOMMENTAR

Das sind erfreulich deutliche Worte, denen bisher keine Taten folgten.

....

WIRKLICHKEIT

Im Jahr 2002 entstand auf Anregung und unter Leitung des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Brandenburg e.V. ein Kooperationsbündnis aus ärztlichen Berufsverbänden (Pädiater, öffentlicher Gesundheitsdienst, Frauenärzte), dem Bildungsministerium, dem Landesgesundheitsamt, dem Deutschen Grünen Kreuz, der Firma GlaxoSmithKline *(A. d. A.:Impfstoffhersteller)* und ihrer Impfakademie zur Impfaufklärung für Schüler ab Klasse 6.

Ellsäßer, Impfprävention im Kindes-und Jugendalter, BGesBl. 12/2004, S. 1196-1203

KOMMENTAR

Während der Nationalen Impfkonferenz 2013 in München hatte der damals zuständige bayerische Minister Marcel Huber mehrfach betont, wie wichtig die Unabhängigkeit von den Impfstoffherstellern ist. Bayern hatte deshalb auf eine Industrieausstellung zur Finanzierung der Veranstaltung verzichtet. Er forderte dazu auf, staatlicherseits zu forschen. Nur so seien impfkritische Menschen zu überzeugen.

Und bei der Konferenz 2015 waren wieder Sponsoren geladen, um die Veranstaltung zu finanzieren.

....

ANSPRUCH

„Sagen Sie Wissenslücken den Kampf an“, so eine Anzeige zum Kennenlernen des Bundesgesundheitsblatts (vorletzte Seite der Ausgabe 12/2004).

KOMMENTAR

Haben Sie Wissenslücken? Dann lesen Sie das Schwarzbuch Impfen!

....

ANSPRUCH

Die Impfwelt wäre ebenso einfach wie eindeutig, richteten sich die Impfungen immer gegen große Geißeln der Menschheit. Tatsächlich haben ja die Impfungen gegen Pocken, Polio, Masern, Diphtherie und Tetanus weltweit unvergleichliche Erfolge bewirkt. An den Zustand der relativen Sorgenfreiheit haben wir uns so sehr gewöhnt, dass die Bedrohung durch viele Erreger und das Wissen um den Segen der entsprechenden Impfungen inzwischen aus dem kollektiven Gedächtnis der modernen Gesellschaften zu schwinden droht.

Hengel/v. Kries, Editorial Impfen, BGesBl. 11/2009, S. 1003-5

WIRKLICHKEIT

Im Kapitel „Alternativen zu Impfungen“ stellen Rosenbrock/McKeown fest, dass der Sieg über die großen europäischen Seuchen keineswegs primär ein Sieg der Medizin war.

Es gibt keine kontrollierten Untersuchungen, dass die DTP-Impfung in Gebieten mit hoher Sterblichkeit sicher ist … In der Tat könnte die DTP-Impfung die Sterblichkeit an Lungenentzündung, Blutvergiftung und Durchfall erhöhen. Die Auswirkung von Impfungen auf die Gesamtsterblichkeit ist also unbekannt. In vielen Ländern mit niedrigem Bevölkerungseinkommen richtet sich das EPI-Impfprogramm der WHO gegen Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Masern, aber das sind nicht die hauptsächlichen Todesursachen, selbst in ungeimpften Gemeinschaften.

Shann, The new decade of vaccines (Übersetzung: das neue Impfjahrzehnt), Lancet, 379, 07.01.2012, S. 26

KOMMENTAR

Wir sind uns mit Hengel, v. Kries und all den anderen Autor(inn)en der hier veröffentlichten Literaturstellen einig, dass viele Erkrankungen früher häufig und schwer verliefen, die heute selten sind. Zu einem ganz anderen Schluss kommen wir, was die Ursache für diese Entwicklung angeht. Denn die

Abbildungen in diesem Buch, die Zitate und die Kommentare belegen, dass diese nicht auf unvergleichbare Erfolge der Impfungen zurückzuführen sind. Sondern dass der Segen auf andere Ursachen gründen muss.

....

ANSPRUCH

Um die Wirksamkeit eines Impfprogrammes einschätzen zu können, ist nicht nur Wissen über die Wirksamkeit eines Impfstoffes in der Anwendungsrealität erforderlich, sondern – neben vielen weiteren Aspekten – auch über die Epidemiologie der Krankheit, gegen die geimpft wird … Hierzu müssen in der Regel hohe Impfquoten erreicht werden.

Kalies/Siedler, Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen, BGesBl. 11/2009, S. 1011-18

WIRKLICHKEIT

• Gegen Masern begann man in Deutschland ab 1973 zu impfen, Impfraten wurden bis in die 90er Jahre nicht systematisch erfasst. Eine Meldepflicht für Masern besteht erst seit 2001, eine Sentinel-Surveillance seit 1999.

• Die Hib-Impfung erfolgte ab 1990/91. Krankheitszahlen davor wurden nur geschätzt. Das gute Kontrollsystem ESPED (Erfassung seltener pädiatrischer Erkrankungen in Deutschland) startete erst im Juli 1992, also nach Impfbeginn, was die Autoren nicht erwähnen. Zu Impfquoten machen sie keine Aussagen.

• Gegen Mumps, Röteln und Windpocken wird schon jahrelang geimpft, erst seit 2013 sind sie meldepflichtig. Impfraten wurden ebenso wenig erfasst, wie bei Masern und Hib.

• Für Keuchhustenerkrankungen endete die Meldepflicht schon 1960 und wurde erst 2013 wieder eingeführt. Es fehlen verlässliche Zahlen zu den früher erreichten Impfquoten.

KOMMENTAR

Somit ist eine Bewertung des Impfnutzens unmöglich.

....

WIRKLICHKEIT

Momentan reichen die in Deutschland verfügbaren Routinedaten nicht aus, um die Wirksamkeit von Impfprogrammen zu evaluieren.

Kalies/Siedler, s.o.

KOMMENTAR

Die Experten glauben an die Wirksamkeit von Impfungen, können das aber nicht belegen.

Die Autoren behaupten zu Hib, dass „nach Einführung der Konjugatimpfstoffe gegen Hib in Deutschland im Jahr 1990 die Erkrankungsinzidenz dramatisch sank“.

Da sie keine Daten zu erreichten Impfraten erwähnen und es solche auch nicht gibt, stellt sich die Frage, woher sie wissen wollen, dass diese dramatische Veränderung der Impfung zu verdanken war.

Im Kapitel „Haemophilus influenzae Typ b“ finden Sie weitere Informationen, die beweisen, dass der behauptete Nutzen der Hib-Impfung auf Irrtümern beruht.

....

ANSPRUCH

Für die Berechnung der Wirksamkeit eines Impfstoffes müssen detaillierte und zeitnah erhobene Daten über den Impfstatus von repräsentativen Gesunden vorliegen. Routinemäßig werden Daten zum Impfstatus von Kindern bei den Schuleingangsuntersuchungen erhoben. Diese Daten haben jedoch den Nachteil, dass sie vier bis fünf Jahre hinter der aktuellen Entwicklung her hinken. Zudem werden weder der Zeitpunkt der einzelnen Impfungen noch die Art des Impfstoffes erhoben. Um diesen Li-

mitationen zu begegnen, wurde 1998 eine bundesweite repräsentative Telefonumfrage zum Impfstatus von Kindern gestartet … Dabei wurden nur Kinder, die zwischen Juli 1996 und Dezember 2005 geboren wurden, berücksichtigt … Es zeigte sich, dass Kinder sehr zeitverzögert gegen Hib geimpft werden … zum Ende des von der STIKO empfohlenen Alters von 17,9 Monaten hatten nur 50,5 % der Kinder eine vollständige Grundimmunisierung mit Booster erhalten.

Kalies/Siedler s.o.

KOMMENTAR

Somit weiß niemand , wie viele Säuglinge und Kleinkinder z. B. der Jahrgänge 1989 bis 1993 geimpft waren, als man mit der Impfung begann. Warum denkt man sich Studien aus, die die wichtigsten Wissenslücken nicht schließen können?

Leider wurde dies auch in der KIGGS-Untersuchung (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) versäumt. Zwar erfasste man die Hib-Impfraten bei den 2-11jährigen, aber nicht für die 12jährigen und Ältere. Damit fehlen genau für die Altersgruppen die Daten zu den Hib-Impfraten, als man zu impfen begann. Der Impfstatus für alle anderen Impfungen wurde auch für die Älteren ermittelt.

………………………………

ANSPRUCH

Impfprogramme zielen darauf ab, die Inzidenz impfpräventabler Infektionskrankheiten zu senken, mit ihnen verbundene Komplikationen zu reduzieren und Todesfälle zu vermeiden.

Poggensee u.a., Überblick und Bewertung der verfügbaren Datenquellen zur Inzidenz impfpräventabler Krankheiten, zum Durchimpfungsgrad und zum Immunstatus in Deutschland, BGesBl. 11/2009, S. 1019-28

KOMMENTAR

Hierfür müssen Daten zu Krankheitshäufigkeit und Todesfällen schon lange vor Anwendung der Impfung erfasst werden, um deren Entwicklung über längere Zeiträume bewerten zu können. Nur so ist z. B. zu erkennen, ob ein möglicher Rückgang der Fallzahlen schon (lange) vor Einsatz der Impfung eintrat und damit nicht deren Erfolg sein kann.

………………………………

ANSPRUCH

Belastbare und differenzierte Daten tragen zur Erhöhung der Impfakzeptanz bei und sind für die Planung, Durchführung und Bewertung von Impfprogrammen, für die Politikberatung und die Aufklärung der Bevölkerung und Ärzteschaft notwendig … Die verfügbaren Datenquellen für die Erfassung von Neuerkrankungen an impfpräventablen Krankheiten, zum Durchimpfungsgrad und zum Immunstatus der Bevölkerung sind lückenhaft und liefern kein vollständiges Bild der epidemiologischen Situation … Für die Beurteilung, ob die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) gesetzten Impfziele erreicht werden, und für das Erstellen von Präventionsstrategien sind nicht nur detaillierte epidemiologische Daten zum Auftreten von impfpräventablen Erkrankungen notwendig, sondern auch zu den Impfquoten in der Bevölkerung.

Es kann dabei nicht unterschieden werden, ob die Antikörper infolge einer Impfung oder einer natürlichen Infektion aufgebaut wurden.

Poggensee s.o.

KOMMENTAR

Auch hier begrüßen wir die deutlichen Worte über Wissenslücken. Das bedeutet auch, dass ein Teil der Menschen eine Krankheit vielleicht schon symptomarm/-los durchgemacht hatten und die Impfung gar keinen Nutzen bringen konnte.

………………………………

AUSSAGE

Ein Vergleich des schweizerischen Meldesystems für Masern (eingeführt im Jahr 1999) mit dem ebenfalls in der Schweiz etablierten Masern-Sentinel *(A. d. A.: eine epidemiologische Methode zur stichprobenartigen Erfassung der Verbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten und der Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten in ausgewählten Bevölkerungsgruppen)* (eingeführt im Jahr 1986) zeigte, dass die auf der Basis des Masern-Sentinels geschätzten Inzidenzzahlen je nach Jahr zwei bis 36-mal höher lagen als die durch das Meldesystem ermittelte Inzidenz. Im Meldesystem war der Anteil von Masernfällen, bei denen Komplikationen auftraten und/oder Krankenhausaufenthalt berichtet wurde, deutlich höher als bei Masernfällen, die durch das Sentinel erfasst wurden … Ähnliche Ergebnisse wurden auch in Deutschland berichtet. Hier lag der Anteil der gemeldeten Masernfälle mit Krankenhausaufenthalt bei 11 %, bei den durch das Sentinel gemeldeten Fälle jedoch nur bei 2 % … In Zeiten, in denen Masernerkrankungen sporadisch auftreten, wurden deutlich weniger Masernfälle von Ärzten gemeldet als abgerechnet.

Poggensee s.o.

KOMMENTAR

Kritisch zu bemerken ist, dass das Sentinel in Deutschland erst ab 1999 arbeitete und die Meldepflicht für Masern erst seit 2001 besteht. Geimpft wird hingegen schon seit 1973. Das bedeutet, dass es für über 25 Jahre Impfanwendung keinerlei Daten zu deren Wirkung gibt. Die Zitate zeigen auch, dass man mit einem Meldesystem allein die Situation nicht ausreichend abbilden kann und die Ärzte gegen die gesetzliche Meldepflicht verstossen.

…………………………………

ANSPRUCH

In Bezug auf Röteln entspricht die in Deutschland durchgeführte Surveillance nicht den minimalen Aktivitäten, die in den Surveillance-Leitlinien des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation gefordert werden, in Bezug auf Masern nur bedingt … Die Masern-Impfquoten bei Kindern im Alter von 12 bis 23 Monaten sollen für internationale Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern herangezogen werden. Repräsentative und aktuelle Impfdaten bei zweijährigen Kindern wurden im Konzept für ein nationales Programm zur Eliminierung der Masern in der Bundesrepublik Deutschland gefordert. Diese Daten liegen für Deutschland nicht vor. Bundesweit repräsentative, kontinuierliche Daten zum Durchimpfungsgrad von Jugendlichen, Erwachsenen und Risikogruppen fehlen … Daten zum Immunstatus von Schwangeren gegenüber Röteln, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation als Minimum-Aktivität in der Phase 2 der Elimination der Röteln gefordert werden, liegen in Deutschland nicht vor.

Poggensee s.o.

KOMMENTAR

Es ist immer wieder ein berechtigter Kritikpunkt der WHO, dass Deutschland zwar die Eliminierung beschließt, aber keine notwendigen Handlungen, um Wissenslücken zu schließen, erfolgen.

…………………………………

ANSPRUCH

Die Datenlage in Deutschland ist heterogen und unvollständig … Solche Daten werden zurzeit in Deutschland nicht erhoben. Indikatoren zum Durchimpfungsgrad und zur Wirksamkeit eines nationalen Masern-Impfprogramms, die während eines technischen Arbeitstreffens der Weltgesundheitsorganisation Europa entwickelt wurden, können im Augenblick in Deutschland nicht systematisch ermittelt werden, da Mechanismen zur Übermittlung der Informationen nicht vorliegen und auch durch das IfSG nicht abgedeckt sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Zahl der Verdachtsfälle und die Zahl der Verdachtsfälle, bei denen eine Laboruntersuchung innerhalb von 28 Tagen durchgeführt wurde beziehungsweise eine Untersuchung eingeleitet wurde.

Poggensee s.o.

KOMMENTAR

Das Arbeitstreffen fand schon 2005 statt, die Lücken bestehen noch immer.

WIRKLICHKEIT

Aufgrund der schon länger geltenden Impfempfehlung in den WBL *(A. d. A.:westlichen Bundesländern)* wurden hier mögliche negative Bevölkerungseffekte von Impfungen wie die Verschiebung der Erkrankung in höhere Altersgruppen, schon früher sichtbar, und sie sind – aufgrund langsamer ansteigender Impfquoten – auch deutlich ausgeprägter als in den ÖBL *(A. d. A.:östlichen Bundesländern).*

Koch/Takla, Effekte der Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Impfung auf die Epidemiologie von Mumps in Deutschland, BGesBl. 7/2013, S. 1305-12

KOMMENTAR

Impfungen können also auch offiziell negative Folgen haben.

WIRKLICHKEIT

Ein nicht ausreichender Impfschutz kann verschiedene Ursachen haben: ein primäres Impfversagen, ein sekundäres Impfversagen mit einem über die Zeit abnehmenden Immunschutz („waning immunity") und ausbleibender natürlicher Boosterung durch die verminderte Zirkulation von Wildviren bei steigenden Impfquoten unter Kindern …

Koch/Takla, s.o.

KOMMENTAR

Das bedeutet, dass Impfungen für eine lang andauernde Wirkung Kontakt zum Wilderreger brauchen, dieser aber wegen des angenommenen Impferfolgs seltener wird. Das heißt, dass die Impfungen dann immer schlechter wirken und sich die Frage stellt, wie eine Eliminierung so möglich ist, und ob diese überhaupt sinnvoll ist *(A. d. A.: wir folgen hier streng der Logik der Impfbefürworter).*

SICHERHEIT UND RISIKEN

ANSPRUCH

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und für den Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung

Nach § 6 IfSG sind Verdacht auf, Erkrankung und Tod an folgenden potentiell impfpräventablen Krankheiten namentlich meldepflichtig: Cholera, Diphtherie, akute Virushepatitis, Masern, Meningokokken-Meningitis oder-Sepsis, Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt), Tollwut und Typhus abdominalis (alle seit Inkrafttreten des IfSG 2001). Hinzu kamen ab 2013 Keuchhusten, Mumps, Röteln (mit Rötelnembryopathie) und Windpocken.

Meldepflichtig sind Ärzte, Heilpraktiker und Angehörige sonstiger Heil- oder Pflegeberufe (z. B. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Hebammen, Altenpflegerinnen und -pfleger).

Ebenso ist nach § 6 IfSG der Verdacht einer Impfreaktion, die über das übliche Maß hinausgeht, zu melden.

Meldepflicht besteht hier nur für Ärzte und Heilpraktiker.

Hinzu kommt die Meldepflicht von Krankheitserregern nach § 7 IfSG für die Erreger von Diphtherie, FSME, Gelbfieber, Haemophilus influenzae (nur direkter Nachweis aus Liquor oder Blut), Hepatitis A und B, Influenza (nur direkter Nachweis), Masern, Meningokokkenerkrankung, Polio, Rotavirus, sowie Keuchhusten, Mumps, Röteln und Windpocken.

Meldepflichtig sind die Untersuchungsstellen und Labors.

KOMMENTAR

Wie die Ausführungen im Schwarzbuch zeigen, wird diese gesetzliche Meldepflicht insbesondere für die Impfreaktionen nur unzureichend erfüllt. Bedenklich ist, dass dies gerade auch für die Vertreter der „alternativen Methoden“ gilt. Sie berichten regelmäßig über die Behandlung Betroffener. Doch die Gesundheitsbehörden erfahren nichts davon und können eventuell nötige Veränderungen nicht umsetzen. So wird die große Chance vertan, ein vollständigeres Bild zu Impffolgen zu erhalten und das wirkliche Risiko zu erkennen. Das schadet denen, die schon Schaden genommen haben (weil dadurch eine Anerkennung als Impffolge erschwert wird), und hat weitere Schäden zur Folge, weil weiter geimpft wird. Nichtmelden ist bußgeldbewehrt (nach § 73 IfSG bis zu 25.000 €).

Wer Krankheiten nach § 6 und § 7 IfSG nicht meldet, dem droht ebenfalls ein Bußgeld. Vorsätzliches Nichtmelden kann mit bis zu fünf Jahren Freiheitsentzug geahndet werden.

Das IfSG führt die Berufsgruppen auf, die zur Meldung verpflichtet sind. Jeder andere kann und soll melden. Das gilt sowohl für die Erkrankungen (z. B. von Geimpften) als auch für den Verdacht von Impfreaktionen. Meldebögen gibt es u. a. beim PEI.

....

MELDEBOGEN DES PEI – MELDUNG VON FÄLLEN MIT VERDACHT AUF ARZNEIMITTELNEBENWIRKUNGEN

Impfkomplikation ist jede nach einer Impfung aufgetretene Krankheitserscheinung, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer Impfung stehen könnte und die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht. Kurzzeitige vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind, sind keine Impfkomplikationen, z. B.für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle Fieber unter 39.5 °C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionären Lymphknoten oder im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ (1-3 Wochen nach der Impfung), z. B. leichte Parotisschwellung (Schwellung der Ohrspeicheldrüse) oder ein Masern- bzw. Varizellen-ähnliches Exanthem (Hautausschlag) oder kurzzeitige Arthralgien (Gelenkschmerzen)

nach der Gabe von Impfstoffen gegen Mumps, Masern, Röteln oder Varizellen (Windpocken), die auf der Basis abgeschwächter Lebendviren hergestellt werden.

Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt, sind ebenfalls keine Impfkomplikationen.

Paul-Ehrlich-Institut, www.pei.de, Meldebogen (Stand Juni 2015)

KOMMENTAR

Das bedeutet, dass alles andere gemeldet werden muss (z. B. Krampfanfall, unstillbares Schreien). Ein Verstoß ist nach § 73 IfSG mit bis zu 25.000 € Bußgeld zu ahnden.

WIRKLICHKEIT

Unser gegenwärtiges Wissen um Impfkomplikationen ist teilweise unvollständig, der Aufklärung von Wissenslücken muss bevorzugt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Dittmann, Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein, BGesBl. 4/2002, S. 316-22

Despite two centuries of vaccination, however „substantial gaps and limitations" exist in our knowledge and research infrastructure for vaccine safety.

(Übersetzung: Obwohl wir schon zwei Jahrhunderte impfen, bestehen dennoch wesentliche Lücken und Begrenzungen in unserem Wissen und den Forschungseinrichtungen zur Impfstoffsicherheit.)

Chen, Safety of Vaccines, Vaccines 1999, S. 1144-63

KOMMENTAR

Zwischen „wesentlichen Lücken" und „teilweise unvollständigem Wissen" klafft zwar eine deutliche Lücke, aber immerhin gesteht Dittmann Wissenslücken in Deutschland ein. Bis heute gibt es kein Bemühen, um diese zu schließen (z. B. durch Verbesserung des Meldeverhaltens).

WIRKLICHKEIT

Dies weist darauf hin, dass die seit Anfang 2001 bestehende Meldeverpflichtung noch nicht allen Ärzten bekannt ist. Weitere Anstrengungen sind daher erforderlich, um die Meldefreudigkeit zu steigern und so belastbare Aussagen über Impfkomplikationen in der Diskussion um die Stärkung des Impfgedankens zu erhalten.

Durch Verbesserung der Information und eine erhöhte Aufmerksamkeit der Ärzte kann aber, wie im „Rhode Island Adverse Drug Reaction Reporting Project" *(A. d. A.: die Quelle stammt von 1990)* gezeigt wurde, die Berichtsfrequenz insbesondere für schwerwiegende Nebenwirkungen deutlich gesteigert werden. Es ist zu hoffen, dass auch die im Infektionsschutzgesetz verankerte gesetzliche Meldepflicht die Aufmerksamkeit der Ärzte hinsichtlich möglicher Impfkomplikationen zukünftig erhöht.

… Ferner ist beabsichtigt, die Information der Ärzteschaft über Impfkomplikationen zu verbessern, um die Melderate insgesamt zu erhöhen.

… Obwohl das PEI in vielen Fällen weitere Recherchen und Nachfragen durchführte, war bei ca. 40 % der Meldungen keine abschließende Bewertung des Ausgangs der unerwünschten Reaktion möglich.

Keller-Stanislawski/Hartmann, Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz, BGesBl. 4/2002, S. 344-54

KOMMENTAR

Beide waren damals Mitarbeiter beim PEI. Warum erfolgt bis heute keine Fortbildung der Ärzteschaft, um die Forderung des IfSG zu erfüllen und aussagefähige Daten über Impfkomplikationen zu erhalten?

ANSPRUCH

Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen (UAW) werden nur in sehr seltenen Fällen beobachtet.

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Stand August 2014, Epidemiologisches Bulletin 34/2014 (25.8.), S. 305-340

WIRKLICHKEIT

Zwei Drittel der von den Expertenkomitees des Instituts für Medizin der US-amerikanischen Akademie der Wissenschaft analysierten möglichen Komplikationen nach Schutzimpfungen des Kindesalters konnten ursächlich weder zugeordnet noch ausgeschlossen werden. Das weltweit gesammelte und ausgewertete Material erwies sich für eine gesicherte Zuordnung als ungenügend. Die Komplikationen wurden daher als „unknown risks where evidence is inadequate to accept or reject a causal relation" *(Übersetzung: unbekannte Risiken, bei denen die Datenlage für Beweise ungenügend ist, um einen ursächlichen Zusammenhang anzuerkennen oder zurückzuweisen)* eingeordnet. Als Ursachen für die Wissenslücken nannten die Expertenkomitees:

- fehlendes Verständnis der einer Impffolge zu Grunde liegenden biologischen Abläufe,
- ungenügende oder widersprüchliche Fallberichte und Studienergebnisse,
- ungenügender Umfang oder zu kurzer Nachbeobachtungszeitraum bei vielen epidemiologischen Studien,
- begrenzte Aussagekraft bestehender Surveillancesysteme hinsichtlich Kausalität
- im Verhältnis zur Anzahl epidemiologischer Studien werden viel zu wenig experimentelle Studien durchgeführt.

Dittmann, Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein, BGesBl. 4/2002, S. 316-22; (Dittmann zitiert aus Chen, Safety of Vaccines, Vaccines 1999, S. 1144-63, übersetzt: Impfstoffsicherheit)

Da nicht alle Reaktionen gemeldet werden und es für Deutschland bisher kein Impfregister gibt, mit dem die Exposition in den einzelnen Altersgruppen exakt bestimmt werden kann, kann aufgrund der gemeldeten Verdachtsfälle von Impfkomplikationen kein Rückschluss auf die Häufigkeit einer Impfreaktion ermittelt werden.

Mentzer u. a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, BGesBl. 9/2013, S. 1253-59

KOMMENTAR

Das heißt, dass nur bei 1/3 der Fälle eine Zuordnung erfolgen konnte. Damit ist unsere Wissenslücke doppelt so groß wie unser Wissen. Die genannten Ursachen für die Wissenslücken zeigen genau die Schwachpunkte der wissenschaftlichen Forschung auf. Da die Häufigkeit von möglichen Impfkomplikationen unbekannt ist, ist eine Einschätzung als „sehr selten" nicht möglich.

…………………………………

ANSPRUCH

Im Jahr 1974 wurde zudem das „Erweiterte Impfprogramm" (Expanded Programme on Immunization – EPI) der Weltgesundheitsorganisation mit dem Ziel initiiert, alle Kinder vor Tuberkulose, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis und Masern zu schützen. Waren 1974 weltweit nur etwa 5 % der Kinder durch Impfung vor Krankheiten geschützt, so gelang es mit den vereinten Bemühungen aller Länder und der Unterstützung durch die internationale Gemeinschaft, die Schutzrate auf durchschnittlich 80% anzuheben.

Dittmann, Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein, BGesBl. 4/2002, S. 316-22

WIRKLICHKEIT

Es gibt keine kontrollierten Untersuchungen, dass die DTP-Impfung in Gebieten mit hoher Sterblichkeit sicher ist. In der Tat könnte die DTP-Impfung die Sterblichkeit an Lungenentzündung, Blutvergiftung und Durchfall erhöhen.

Shann, The new decade of vaccines (Übersetzung: das neue Impfjahrzehnt), Lancet, 379, 07.01.2012, S. 26

KOMMENTAR

Welchen Sinn machen Impfungen, die die Gesamtsterblichkeit erhöhen? Was könnte mit dem Geld, das für Impfungen ausgegeben wird, erreicht werden, wenn Maßnahmen gegen die hauptsächlichen Todesursachen ergriffen würden? Dort gilt heute noch, was in den Vergangenheit in den heute entwickelten Ländern zutraf: Der Sieg über die großen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. (siehe McKeown im Kapitel „Alternativen zu Impfungen“)

....

WIRKLICHKEIT

Die deskriptive Darstellung der Meldedaten erlaubt keine Aussage über die Häufigkeit des Auftretens von Komplikationen nach Impfungen ...

Das vorhandene System der passiven Surveillance von Meldungen von Gesundheitsstörungen nach Impfung ist grundsätzlich nicht in der Lage, epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit des Auftretens von Komplikationen nach Impfung zu treffen ...

Die Meldedaten können also nicht die Frage beantworten, ob Impfungen oder bestimmte Impfstoffe „sicher“ sind, sie können lediglich Hinweise auf neue Risikosignale liefern.

Da die Untererfassung der Meldungen von Impfkomplikationen nicht bekannt oder abzuschätzen ist und keine Daten zu verabreichten Impfungen als Nenner vorliegen, kann keine Aussage über die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Reaktionen gemacht werden.

Keller-Stanislawski u. a., Verdachtsfälle von Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen nach dem Arzneimittelgesetz vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2003, BGesBl. 12/2004; 47:1151-64

KOMMENTAR

Wie lässt sich die Sicherheit von Impfstoffen bewerten, wenn wir die Häufigkeit von möglichen Impfreaktionen nicht kennen? Bis heute haben weder das PEI noch sonst fürs Impfen zuständige Institutionen Verbesserungsmaßnahmen, z. B. fürs Meldeverhalten der Ärzteschaft, gestartet.

....

WIRKLICHKEIT

Lasek et al. schätzen, dass maximal 5 % der **schwerwiegenden** Nebenwirkungen im Rahmen von Spontanerfassungssystemen gemeldet werden.

Keller-Stanislawski/Hartmann, Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz, BGesBl. 4/2002, S. 344-54, (Hervorhebung durch die Autoren)

KOMMENTAR

Somit werden mindestens 95 % der schwerwiegenden Nebenwirkungen nicht gemeldet und können auch nicht bewertet werden. Das bedeutet, dass unser Nichtwissen viel größer, nämlich 19mal so groß, wie unser Wissen ist. Damit ist jegliche Aussage zur Sicherheit von Impfungen eine bloße Behauptung.

....

ANSPRUCH

Unerwünschte Reaktionen wie Autismus, chronisches Müdigkeitssyndrom, Plötzlicher Kindstod (SIDS), Krämpfe und GBS (aufsteigende Lähmungen) haben entweder verschiedene oder noch unbekannte Ursachen. Für diese Ereignisse ist Impfen eindeutig niemals die Hauptursache an sich. Sonst würden angesichts der großen Zahl durchgeführter Impfungen viel mehr solcher Fälle auftreten.

Chen, Safety of Vaccines, Vaccines, Saunders 1999, S. 1150

KOMMENTAR

Da nur ca. 5 % der Komplikationen gemeldet werden, treten ja in Wirklichkeit viel mehr, nämlich 20mal so viele Fälle auf. Mit derselben Logik folgern wir: Erreger sind eindeutig niemals die Hauptursache für bei den entsprechenden Krankheiten auftretende Komplikationen wie Lungen-, Hirnhaut- oder Gehirnentzündung und Tod. Sonst würden angesichts der vielen Erreger und der großen Zahl der Krankheiten viel mehr solcher Fälle auftreten.

....

WIRKLICHKEIT

Schutzimpfungen sind eine der effektivsten Maßnahmen, um vor Infektionskrankheiten zu schützen. Fortschritte bei der Entwicklung, Herstellung und Kontrolle tragen wesentlich zur Sicherheit und Verträglichkeit von Impfstoffen bei … Trotz intensiver Forschung ist jedoch zum Zeitpunkt der Zulassung eines Impfstoffes die klinische Erfahrung begrenzt … Bekanntermaßen werden nicht alle Nebenwirkungen gemeldet (Underreporting), andere Ereignisse werden gemeldet, die nicht auf die Impfung zurückzuführen sind (Overreporting) … Im Rahmen der Spontanerfassung von UAW-Verdachtsfällen können keine Aussagen über die tatsächliche Häufigkeit (Inzidenz) von Nebenwirkungen gemacht werden. Das ist ein Schwachpunkt der passiven Überwachung (Surveillance) und erfordert Überlegungen zur Etablierung neuer aktiver Überwachungssysteme z. B. durch Verknüpfung von großen medizinischen Datenbanken und /oder die Etablierung eines Impfregisters.

Mentzer u. a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, BGesBl. 7/2013, S. 1253-59 (Alle drei Autor(inn)en sind Mitarbeiter(innen) des PEI.)

Die Impfempfehlung muss dabei immer im Blick haben, dass dieses Ziel nur dann erreicht werden kann, wenn die Schäden durch Impfungen möglichst gering gehalten werden, was nur dann gewährleistet ist, wenn auf Grund des strengen Zulassungsverfahrens die mit der Impfung verbundenen gesundheitlichen Risiken bekannt sind und als tolerabel im Sinne einer Nutzen-Lastenanalyse angesehen werden können.

BSG-Urteil vom 20.07.2005, Az.: B 9a/9 VJ 2/04 R

KOMMENTAR

Selbst das Bundessozialgericht geht irrtümlicherweise davon aus, dass schon die strengen Zulassungskriterien für vollständiges Wissen zu Impfkomplikationen sorgen. Dies ist bei Impfschadensanerkennungsprozessen bedeutsam.

Es ist begrüßenswert, dass hier nicht nur die Beschränkungen der Sicherheitsüberwachung dargestellt wird, sondern auch einige konkrete Änderungen vorgeschlagen werden. Leider erwähnen die Autoren im Gegensatz zu früher (Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 344-54) nicht mehr, dass durch geeignete Fortbildung der Ärzteschaft sich die Berichtsfrequenz insbesondere für schwerwiegende Nebenwirkungen deutlich erhöhen lässt. Die bisherigen Daten fußen auf einer nur auf 5 % geschätzten Melderate, was bedeutet, dass der eigentliche Umfang ca. 20mal so groß ist. Im Gegensatz dazu besteht im „Overreporting" kein Problem, da ja Verdachtsfälle gemeldet werden und das PEI bei der Bewertung andere Ursachen als die Impfung erkennen kann.

....

WIRKLICHKEIT

Hypotone hyporesponsive Episoden (HHE) sind kollapsähnliche Reaktionen bei Säuglingen und Kleinkindern, die durch plötzliches Auftreten einer erniedrigten Muskelspannung (hypoton), reduzierte Ansprechbarkeit/Reaktion (hyporesponsiv) und bläuliche Hautfärbung oder Blässe charakterisiert sind. Die mittlere Zeit zwischen Impfung und Auftreten der Symptomatik liegt bei drei bis vier Stunden (Minimum: wenige Minuten nach Impfung, Maximum: 48 Stunden). Ihre Dauer umfasst zirka sechs bis 30 Minuten. Einzelberichte sprechen auch von bis zu einigen Tagen … Störungen im Zuckerhaushalt des geimpften Kindes, wie zunächst vermutet, oder ein erniedrigter Blutdruck sind offenbar nicht die Ursache eines HHE. Letztendlich ist die Ursache bislang unbekannt. Das Auftreten von HHE nach Impfung ist ein sehr seltenes bis seltenes Ereignis. Die ermittelten Häufigkeiten schwanken je nach Studie erheblich (1/1.400 bis 1/100.000).

Weißer u. a., Sicherheit von Impfstoffen, BGesBl. 11/2009, S. 1053-64
(Alle drei Autor(inn)en waren Mitarbeiter(innen) des PEI.)

KOMMENTAR

Das Beispiel zeigt das geringe Wissen zu konkreten Abläufen. Die großen Schwankungen der Zeitintervalle und der Häufigkeit einer UAW sind auch bei Impfschadensanerkennungsverfahren zu beachten, wo oft sehr strikte Zeitrahmen angelegt werden, was, wie hier beschrieben, nicht angebracht ist.

....

WIRKLICHKEIT

Die klinische Prüfung von Impfstoffen ist eine Voraussetzung für ihre Zulassung. Trotz intensiver Forschung ist zum Zeitpunkt der Zulassung eines Impfstoffes die klinische Erfahrung jedoch begrenzt. Zumeist liegen Daten über wenige Tausend bis Zehntausend Impflinge vor. In der Regel können damit unerwünschte Ereignisse im Bereich von bis zu 1/1.000, maximal von 1/10.000 bis 1/20.000 detektiert werden. Seltenere Nebenwirkungen und Langzeiteffekte werden daher zumeist erst nach der Zulassung erkannt. Ein passives Surveillance-System zum frühzeitigen Erkennen von Risikosignalen nach der Zulassung ist das sogenannte Spontanerfassungssystem. Hier werden spontane Verdachtsmeldungen an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet, dort registriert, bewertet und – falls erforderlich – Maßnahmen zur Risikoabwehr und Risikovorsorge eingeleitet. Aus dem Spontanerfassungssystem können jedoch keine Nebenwirkungshäufigkeiten sondern lediglich Signale ermittelt beziehungsweise detektiert werden. Auch ist es schwer, eine Kausalität zu belegen. Um Kausalität und Häufigkeiten von Impfkomplikationen zu ermitteln, sind andere Instrumente (zum Beispiel klinische Studien, epidemiologische Untersuchungen) erforderlich.

Weißer u. a., Sicherheit von Impfstoffen, BGesBl. 11/2009, S. 1053-64
(Alle drei Autor(inn)en waren Mitarbeiter(innen) des PEI.)

Zum Zeitpunkt der Zulassung eines Impfstoffs ist die klinische Erfahrung auf die Studiengröße begrenzt. Zumeist liegen Daten zu einigen tausend bis zehntausend Impflingen vor. In der Regel können somit unerwünschte Ereignisse mit einer Häufigkeit von minimal 1:1000, selten bis 1:10.000 festgestellt werden (Tabelle 1). Um gegebenenfalls eine Kausalität bzw. Assoziation zwischen Impfung und selteneren Ereignissen feststellen zu können, sind höhere Fallzahlen notwendig. **Um z. B. eine Verdopplung des relativen Risikos einer Erkrankung, die in der Population mit einer Häufigkeit von 1:10.000 Personen vorkommt, mit einer ausreichenden Aussagekraft untersuchen zu können, würden ca. 235.000 Versuchspersonen (Annahme einer 1:1 Verteilung zwischen exponierten und nicht exponierten Personen) benötigt.**

Aus ethischen Gründen soll jedoch die Zulassung und Anwendung von neuen innovativen Arzneimitteln erfolgen, sobald die geforderte Sicherheit in den klinischen Studien belegt ist. Die Beobachtungen der Verträglichkeit müssen selbstverständlich auch nach Zulassung fortgesetzt werden, um gegebenenfalls auftretende sehr seltene Nebenwirkungen oder Langzeiteffekte erkennen zu können.

Tabelle 1: Anzahl der zu untersuchenden Patienten, um einen Fall einer unerwünschten Reaktion mit gegebener Häufigkeit zu dedektieren

UAW Häufigkeit	**Wahrscheinlichkeit**		
	95 %	90 %	80 %
1:100	300	231	161
1:500	1.500	1.152	805
1:1.000	3.000	2.303	1.610
1:5.000	15.000	11.513	8.048
1:10.000	30.000	23.028	16.095
1:50.000	150.000	115.130	80.472

Nationaler Impfplan, Stand 01.01.2012 (Hervorhebung durch die Autoren)

KOMMENTAR

Dies zeigt, wie dringend ein funktionierende Meldesystem für mögliche Komplikationen nach Impfung ist (post-marketing-surveillance).

....

WIRKLICHKEIT

Um die Meldebereitschaft der Ärzteschaft zu erhöhen, ist eine vermehrte Aufklärungsarbeit durch alle beteiligten Stellen notwendig. Im Sinne des Impfgedankens sollten Behörden und die Ärzteschaft hier eng zusammenarbeiten.

Keller-Stanislawski u. a., Verdachtsfälle von Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen nach dem Arzneimittelgesetz vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2003, BGesBl. 12/2004, S. 1151-64

KOMMENTAR

In der Ausgabe 4/2002 hatte das PEI noch darauf verwiesen, wie schon 1990 (!) durch ein Projekt gezeigt wurde (Scott HD (1990) Physician reporting of adverse drug reactions. JAMA 263:1785-1788), dass sich durch entsprechende Aktivitäten die Meldung besonders von schwerwiegenden Reaktionen deutlich verbessern lässt. Wann fängt man damit an?

....

WIRKLICHKEIT

Eine valide aussagekräftige Analyse von Impfkomplikationen erfordert eine postvakzinale Untersuchung des Einzelfalls. Hier sind in Zukunft aus den Meldedaten des Infektionsschutzgesetzes und anderen neu zu implementierenden Datengrundlagen (z. B. DLDB, Data Linked Data Bases bei Krankenkassen) Erkenntnisse zu erwarten.

Meyer u. a., Anerkannte Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland 1990-1999, BGesBl. 4/2002, S. 364-70

KOMMENTAR

Daraus lässt sich schließen, dass bisher eine aussagekräftige Analyse nicht möglich ist. Dies ist bei anhängigen Impfschadensanerkennungsverfahren von Betroffenen mit Versorgungsämtern vor Gericht zu berücksichtigen.

....

ANSPRUCH

Impfungen gehören zu den kosteneffektivsten und sichersten Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten im Gesundheitswesen. Der Nutzen von Schutzimpfungen wiegt im Rahmen der Entscheidung für eine Impfung die seltenen Risiken und Kosten des Impfstoffs sowohl für den einzelnen Geimpften als auch für die Bevölkerung auf.

Meyer u. a., s.o.

KOMMENTAR

Dazu müssen Nutzen und Risiken bekannt sein, was nicht der Fall ist, wie verschiedene hier zusammengestellte Aussagen belegen. Diese stammen meist aus den Veröffentlichungen der deutschen, fürs Impfen zuständigen Institute – RKI mit STIKO und PEI – selbst.

....

ANSPRUCH

Impfempfehlungen werden nur für Impfstoffe ausgesprochen, bei denen Komplikationen durch die Erkrankung deutlich häufiger sind als die sehr selten auftretenden Impfkomplikationen, so dass eine Risiko-Nutzen-Abwägung immer zugunsten des Impfstoffs ausfällt.

Meyer u. a., s.o.

KOMMENTAR

Seltene Komplikationen treten in den Zulassungsstudien meist gar nicht auf, wie hier mehrfach durch Veröffentlichungen des PEI gezeigt wird. Daher kann bei der Impfempfehlung keine Aussage zu deren Häufigkeit erfolgen. Somit ist auch eine positive Risiko-Nutzen-Abwägung nicht möglich, welche Grundlage der Empfehlung ist.

....

WIRKLICHKEIT

Sehr selten auftretende Impfkomplikationen (<1:10.000 Impfungen) sind in solchen klinischen Zulassungsstudien nicht immer vollständig auszuschließen, weshalb die Überwachung unerwünschter Nebenwirkungen von Impfstoffen in Deutschland nach ihrer Zulassung – bisher als Spontanerfassung durch die Ärzte (verankert in den Berufsordnungen der Ärzte und über das Arzneimittelrecht (AMG) und die überwachenden Behörden (Paul-Ehrlich-Institut) durchgeführt – von besonderer Bedeutung ist.

Es zeigte sich, dass die auf diese Weise erhobenen Daten (ausschließlich aggregierte, nicht standardisierte Daten) zwar eine Beschreibung der Situation ermöglichen, jedoch keine differenzierte Analyse bezüglich epidemiologischen und kausalen Fragestellungen erlauben.

Meyer u. a., s.o.

KOMMENTAR

Das bedeutet, dass Betroffenen in Impfschadens-Verfahren hilfreiche Informationen fehlen. Es stellt sich die Frage, warum wir das System nicht so ändern, dass konkrete Aussagen möglich werden.

....

ANSPRUCH

Das neue Infektionsschutzgesetz mit der Meldepflicht einer über das übliche Ausmaß hinausgehenden Impfreaktion setzt hier neue Maßstäbe. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass durch die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt die Möglichkeit der beratenden Tätigkeit für das differentialdiagnostische Vorgehen im Einzelfall besteht und somit in Zukunft Fragen der Kausalität auch prospektiv bearbeitet und damit belastbare Daten zum Zusammenhang von Impfungen und nachfolgenden Gesundheitsstörungen generiert werden können.

Meyer u. a., s.o.

KOMMENTAR

Das IfSG könnte zu exakten Zahlen über die Häufigkeit solcher Verdachtsfälle und bestätigter Fälle führen. Dazu müssen u. a. PEI, RKI, STIKO, BMG die Ärzteschaft (und auch die Heilpraktiker) durch Aufklärung motivieren, statt nur geschätzte 5 % der schwerwiegenden Fälle alle Fälle zu melden, und diese mit vollständigen Daten. Das IfSG sieht auch Geldbußen bei Nichtbeachtung vor. Da dann 20mal so viele Fälle wie bisher anfallen, braucht es entsprechend mehr Personal. Dann bekämen wir belastbare Daten über das reale Impfrisiko. Damit vom Gesundheitsamt für Betroffene beratende Hilfe kommen kann, braucht es den konkreten Auftrag. Bisher sieht die Wirklichkeit für Betroffene

anders aus. Der Impfarzt verneint einen möglichen Zusammenhang zur Impfung. Meist scheinen ihm die deutlichen Hinweise auf dem Meldebogen des PEI unbekannt zu sein, da er davon ausgeht, dass nicht zu melden sei, was er nicht für nötig hält. Dabei ist alles zu melden, was dort nicht ausgeschlossen ist, es sei denn, er kann eine eindeutige andere Ursache benennen.

....

WIRKLICHKEIT

Sie weist aber auch darauf hin, dass die im IfSG verankerte Meldepflicht *(A. d. A.: für Verdachtsfälle von Impfkomplikationen)* noch nicht allen bekannt ist … Vergleichenden Analysen der Meldedaten bezüglich der Altersgruppenverteilung lassen vermuten, dass Kinderärzten die Meldeverpflichtung nach IfSG noch eher bekannt ist und sie diese aufgrund ihrer herausragenden Stellung in der Umsetzung von Impfprogrammen auch teilweise wahrnehmen.

Meyer, Editorial Impfungen und Impfprogramme – aktuelle Aspekte des Impfwesens in Deutschland, BGesBl. 12/2004, S. 1127-28

KOMMENTAR

Die praktische Erfahrung mit Betroffenen zeigt, dass die Ärzteschaft eine Meldung meist deshalb unterlässt, weil man glaubt, dass die Reaktion nichts mit der Impfung zu tun hat. Das heißt, dort ist nicht klar, dass alles, was über eine übliche Reaktion hinausgeht zu melden ist, es sei denn, dass eindeutig eine andere Ursache benannt werden kann. Was üblich ist, steht auf dem Meldebogen.

....

WIRKLICHKEIT

Thiomersal wurde in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts erstmals zur Konservierung von Impfstoffen und anderen Arzneimitteln eingesetzt, um mikrobielles Wachstum in sterilen Arzneiformen zu verhüten. In Impfstoffen ersetzte es das bis dahin übliche (toxische) Phenol.

… Es ist allgemein bekannt, dass Quecksilber und dessen Verbindungen, zu denen auch Thiomersal, Ethylquecksilber und Methylquecksilber zählen, sowohl nephro- als auch neurotoxisch wirken, allerdings in viel höheren Dosen (>1000 bis 100.000fach), als diese in Impfstoffen verwendet werden.

Die ersten Autoren, die Quecksilbermessungen im Blut von Kindern vor und nach der Gabe thiomersalhaltiger Impfstoffe durchführten, waren Stajich et al. *(A. d. A.: im Jahr 2000!)*

Weisser u.a., Thiomersal und Impfungen, BGesBl. 12/2004, S. 1165-74.
(Alle Autor(inn)en waren Mitarbeiter(innen) des PEI.)

KOMMENTAR

Das bedeutet, dass ca. 70 Jahre nach Beginn der Anwendung von Thiomersal in Impfstoffen erstmals jemand untersuchte, was sich davon im Kind nachweisen lässt (Stajich u. a. veröffentlichten im Jahr 2000!). Solche Untersuchungen erwartet der Bürger vor der Anwendung von Impfstoffen. Mittlerweile wurde Thiomersal aus den Kinderimpfstoffen und den meisten anderen entfernt. Jetzt kommen wieder (toxische) Phenolverbindungen zur Anwendung, die durch Quecksilber ersetzt worden waren.

....

ANSPRUCH

Nun setzte 1947 in der Schweiz ein intensiver Kampf gegen die Anwendung von Quecksilber in der Kinderheilkunde ein, wobei die schweizerische Apothekervereinigung uns wesentlich half.

Fanconi, Der Wandel der Medizin, S. 66, Verlag Huber 1970

KOMMENTAR

Nur bei den Impfstoffen tat sich jahrzehntelang nichts.

....

ANSPRUCH

Impfstoffe sind heute sicherer als je zuvor. Eine wichtige Aufgabe der Fachkreise ist es, diese Botschaft der Öffentlichkeit kompetent nahezubringen, damit das Vertrauen in die Impfempfehlungen weiterhin gestärkt wird.

Weißer u. a., Sicherheit von Impfstoffen, BGesBl. 11/2009, S. 1053-64

WIRKLICHKEIT

Aluminiumsalze (Aluminiumhydroxid beziehungsweise -phosphat) werden seit etwa 80 Jahren erfolgreich als Adjuvantien in Impfstoffen zur Wirkungsverstärkung eingesetzt … Aluminium als potenziell neurotoxisches Agens wird immer wieder im Zusammenhang mit neurologischen Krankheitsbildern diskutiert … Es gibt nur wenige Untersuchungen, in denen die Aluminiumzufuhr im Zusammenhang mit möglichen Schäden bei Kleinkindern untersucht wurde … Zudem gibt es bisher keine wissenschaftliche Grundlage, die erklärt, wie eine akute Neurotoxizität aufgrund hoher Aluminiumkonzentrationen mit chronischen Krankheitsbildern wie Entwicklungsverzögerungen und zu Autismus im Zusammenhang stehen könnten.

Weißer s.o.

KOMMENTAR

Die Autoren widersprechen sich selbst. Wer 80 Jahre ein neurotoxisches Agens einspritzt und bis heute nicht untersucht hat oder weiß, was damit passiert, der hat ein Kompetenz- und Vertrauenswürdigkeitsproblem. Seit etwa 1995 wird intensiver geforscht und mittlerweile gibt es international kritische Beiträge zum Risiko von Aluminium in Impfstoffen.

ANSPRUCH

Probleme und aktueller Stand bei der Erfassung von Impfkomplikationen, so lautete der Titel eines Beitrags von Frau Dr. Keller-Stanislawski, der zuständigen Expertin beim PEI. Diesen Vortrag hielt sie im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für den öffentlichen Gesundheitsdienst, die vom 16.-18.03.2005 stattfand.

In der Einladung heißt es: Darüber hinaus sind natürlich auch alle anderen Interessierten herzlich willkommen. Veranstalter waren das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), das Robert Koch-Institut (RKI) und das Umweltbundesamt (UBA).

Einladung zur Fortbildungsveranstaltung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 16.-18. März 2005, BGesBl. 12/2004, S. 1239-40

KOMMENTAR

Es gibt also Probleme im Meldesystem für Impfreaktionen. In letzter Zeit heißt es zu solchen Veranstaltungen regelmäßig, dass es sich um Fortbildung handelt, die nur für den ÖGD vorgesehen ist.

WIRKLICHKEIT

In diesem System der Arzneimittelüberwachung mit einem schwer schätzbaren Anteil nicht gemeldeter Verdachtsfälle („Under-Reporting“) können keine Indzidenzen *(A. d. A.: Häufigkeiten bezogen auf Einwohnerzahl oder Impfdosen)* für UAW *(A. d. A.: unerwünschte Arzneimittelwirkungen)* angegeben werden.

Hartmann/Keller-Stanislawski, Rekombinate Hepatitis-B-Impfstoffe und Verdachtsfälle unerwünschter Reaktionen, BGesBl. 4/2002, S. 355-63 (Beide damals Mitarbeiter des PEI)

KOMMENTAR

Das spricht für sich: Beim für die Sicherheit der Impfstoffe zuständigen PEI kennt man die Häufigkeit von Impfkomplikationen nicht. Trotzdem gelten die Impfstoffe als sicher.

IMPFVERSAGEN

WIRKLICHKEIT

Der Impfstatus war für 20.775 Fälle (87 %) bekannt. Unter diesen waren 11.379 (55 %) ungeimpft und 9.396 (45 %) waren mit mindestens einer Dosis eines den Masernerreger enthaltenen Impfstoffs („measles containing vaccine", MCV) geimpft. Die meisten geimpften Fälle (79 %) wurden aus der Ukraine gemeldet. Dort wurden von 10.901 Fällen mit einem bekannten Impfstatus 7.448 (68 %) Fälle gemeldet, die mindestens eine MCV-Dosis erhalten hatten. *(A. d. A.:es wurde das Jahr 2012 der Region Europa der WHO analysiert)*

Mentzer u. a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, BGesBl. 7/2013, S. 1253-59
(Alle drei Autor(inn)en waren Mitarbeiter(Innen) des PEI.)

KOMMENTAR

Daraus können wir die entsprechenden Werte außerhalb der Ukraine errechnen. Dort gab es 9.874 Fälle, von denen 1.948 mindestens eine MCV-Dosis aufwiesen, also ca. 19,7 %! Das bedeutet, dass die Annahme von 5 %, die nach einer Impfdosis keine Immunität entwickeln, unzutreffend ist. Diese Lücke ist der Grund, warum eine 2. Dosis empfohlen wird. Leider geben die Autoren nicht an, wie viele der Erkrankten zweimal geimpft waren.

....

BEISPIELE VON MASERNAUSBRÜCHEN TROTZ HOHER IMPFRATEN

- Fälle: 410/100.000 (entspräche für Deutschland 328.000!)
- 72 % der Erkrankten waren optimal geimpft
- 323 Fälle, davon 211 (65 %) 5-19 Jahre alt, 63 (20 %) 0-4 Jahre und 49 (15 %) über 19 Jahre
- Studie mit ca. 2000 Kindern:
  ca. 1.490 1 x geimpft, davon 42 erkrankt
  ca. 420 2 x oder 3 x geimpft, davon 7 erkrankt
  37 ungeimpft, davon keines erkrankt!
- Die Schutzrate der Impfung konnte nicht ermittelt werden, da kein Ungeimpfter erkrankte!

Hutchins, Markowitz u. a., A School-Based Measles Outbreak: The Effect Of A Selective Revaccination Policy And Risk Factors For Vaccine Failure, Am J Epidemiol 1990; 132: 157-68)
(Übersetzung: An einer Schule beginnender Masernausbruch: Die Wirkung einer selektiven Wiederholungsimpfung und Risikofaktoren für Impfversagen)

- Ausbrüche bekannt bei Impfraten von fast 100 %
- Zum Teil 3 x Geimpfte
- Geimpfte erkrankten früher als Ungeimpfte
- Erkrankungsrate bei ungeimpften Studenten nur 6 %
- Geimpfte und Ungeimpfte waren gleich ansteckend
- Hohes Erkrankungsrisiko für 2 x und 3 x Geimpfte (40 %!)
- 7 von 9 vollständig Geimpften erkrankten an Masern, wenn sie im gleichen Zimmer mit einem Masernkranken schliefen!
- Jeder 2. vollständig Geimpfte erkrankt, wenn er im Haus eines Masernkranken wohnt!
- Von 79 Ungeimpften erkrankten nur 18
- Von 7 Ungeimpften (im Alter von 1-6 Jahren) erkrankte keiner!!
- Impfraten werden in Finnland genau ermittelt
- Erkrankungsraten können nicht genau erfasst werden, weil die Mütter die Masern für eine belanglose Krankheit halten (Wie dann die Ausrottung der Masern festgestellt werden soll, bleibt das Geheimnis der Autoren!)

- In USA waren fast 100 % der Erkrankten geimpft, manche 2 x; aber diese waren nicht besser geschützt.

Paunio, Peltola u. a., Explosive School-based Measles Outbreak,: Am J Epidemiol 1998; 148: 1103-10, (Übersetzung: An einer Schule beginnender explosiver Masernausbruch)

Weitere Beispiele finden Sie in der Zusammenstellung von Masernausbrüchen trotz hoher Durchimpfungsraten **Tatsachen zur Masernimpfung** auf unserer Internetseite.

....

AUSSAGE

Aufgrund des Vorliegens eines vollständigen Impfstatus sahen die behandelnden Ärzte zunächst keinen Anlass für eine Keuchhustendiagnostik; eine serologische Diagnostik erfolgte erst später auf Drängen der Erkrankten … 85 % der Kinder hatten einen vollständigen Impfschutz. Bei zwei ausländischen Schülern wurde eine Impfempfehlung ausgesprochen und bei einem weiteren Kind die Pertussisimpfung vervollständigt … Das Besondere an diesem Erkrankungsgeschehen ist, dass alle Erkrankten nach den geltenden Empfehlungen der STIKO altersgerecht immunisiert waren … Es zeigte sich, dass einige behandelnden Ärzte auch bei Kenntnis der epidemischen Situation erst sehr verspätet und teilweise erst auf Drängen der Patienten bereit waren, eine gezielte Diagnostik zu veranlassen … Auch nach umfangreicher Information an alle Kinderärzte und Allgemeinmediziner des Landkreises über die Problematik und die bestehende erweiterte Meldepflicht erfolgten Meldungen an das Gesundheits- und Veterinäramt ausschließlich durch das Labor. Die Möglichkeiten der Einflussnahme durch das Gesundheitsamt sind hier offenbar begrenzt. Allerdings hatten einige Ärzte angenommen, dass sie durch die Meldung des Labors von einer eigenen Meldung entbunden wären. Die nachträgliche Auswertung des Ausbruchs wird dadurch beeinträchtigt, dass eine Teil der Impfungen nicht gemäß der Rechtsnorm (IfSG § 22) dokumentiert waren. So besteht Veranlassung, die niedergelassenen Ärzte auf diese Erfordernis hinzuweisen.

Hofmann, Pertussis: Management eines Ausbruchs an einer Grundschule, Epidemiologisches Bulletin 6/2005, S. 43-46

KOMMENTAR

Hier wird ein sonst wenig beachteter Aspekt aufgegriffen: Ärzte neigen dazu, bei Geimpften davon auszugehen, dass sie nicht daran erkranken, wogegen sie ja dank Impfung geschützt sind. Wie häufig ist das und wie sieht das bei anderen Impfungen aus? Dadurch scheinen Impfungen zu funktionieren. Offensichtlich gibt es noch Eltern , die das Geschehen wach verfolgen. Einerseits ließen sie nicht locker, bis die Ärzte Untersuchungen auf Keuchhusten veranlassten. Die Eltern von zwei Kindern haben auch auf die Impfung ihrer Kinder verzichtet, wohl, weil sie mitbekamen, dass die Erkrankten geimpft waren.

Bedenklich ist es, dass das Gesundheitsamt seine Einflussmöglichkeiten falsch einschätzt. Es ist angebracht, die Ärzteschaft darauf hinzuweisen, dass das unvollständige Ausfüllen des Impfnachweises mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 € geahndet werden kann (§ 73 IfSG). Außerdem ist das Auftreten von zwei oder mehr gleichartiger Erkrankungen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (§ 6 Abs. 1. Nr. 5b) IfSG. Wer das versäumt, riskiert ein Bußgeld von bis zu 25.000 €. Bei Vorsatz („Erkrankungen Geimpfter gibt es nicht und deshalb melde ich sie nicht“) drohen bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe wegen Verbreitung der Krankheit bzw. des Erregers (§ 74 IfSG).

Hohe Erkrankungsraten, auch unter Geimpften, werden weltweit berichtet. Die CDC aus USA (vergleichbar unserem RKI) veröffentlichen auf ihrer Internetseite cdc.gov eine Abbildung zur Häufigkeit von Keuchhusten von 1922 bis 2014 (NNDSS=National Notifiable Diseases Surveillance System, übersetzt: Nationales Überwachungssystem für meldepflichtige Krankheiten). Diese zeigt zum einen, dass die Fallzahlen schon etwa zur Hälfte gesunken waren, ehe geimpft wurde. In den letzten Jahren liegen sie wieder auf dem Niveau von 1955 – und das nach ca. 65 Jahren Impfbemühungen.

ANTIKÖRPER

Einleitung

Nach dem Kontakt mit Krankheitserregern lassen sich u. a. im Blut Veränderungen nachweisen. Eine messbare Größe nennt man Antikörper. Wenn diese in ausreichender Menge vorliegen, geht man davon aus, dass eine weitere Infektion/Erkrankung abgewehrt werden kann. Das Prinzip der Impfungen basierte darauf, dass deren in ihrer Wirkung abgeschwächten Erregerbestandteile ebenfalls eine Antikörper-Reaktion auslösen. Die Antikörper sollen schützen, eine Immunität bilden. Obwohl in der Natur eine solche bei Giften nicht eintritt, erzeugt man mit Impfungen, etwa gegen Tetanus eine Antikörperreaktion.

....

ANSPRUCH

Die meisten der historisch erfolgreichen Impfstoffe verdanken ihre Wirksamkeit der Stimulation von Antikörperantworten.

Hengel/v. Kreis, Editorial Impfen, BGesBl. 11/2009, S. 1003-5

WIRKLICHKEIT

Es ist weder notwendig noch sinnvoll, durch Blutentnahme und Antikörperbestimmung nach einer durchgeführten Impfung die Wirksamkeit zu bestimmen. Zum einem ist selbst durch eine Antikörperbestimmung keine zuverlässige Aussage über Vorhandensein oder Fehlen von Impfschutz möglich, zum anderen ist das einfach zu teuer.

Handbuch Kinderimpfungen, Prof. Dr. med. Ullrich Heininger, Irisana, 2004, S. 64/65

Im Hinblick auf den anti-Tetanus-Titer ist zu beachten, dass der Titer generell die Summation aus protektiven und nichtprotektiven Antikörpern darstellt.

Fallbericht einer Tetanuserkrankung mit atypischen Verlauf, Epidemiologisches Bulletin 24/2008, Robert Koch-Institut, 13.06.2008, S. 193-95

KOMMENTAR

Wie McKeown feststellte, war der Sieg über die großen europäischen Seuchen keineswegs primär ein Sieg der Medizin. Daher folgerte er, dass medizinische Dienste fehlgeleitet sind, weil von falschen Annahmen über die Grundlage menschlicher Gesundheit ausgegangen wird (siehe Kap. „Alternativen zu Impfungen“).

Mit der Titermessung können wir also, obwohl sie eine Zulassungsvoraussetzung ist, keine Aussage über die Schutzwirkung machen. Es stellt sich die Frage, woher wir vor der Zulassung eines Impfstoffes wissen können, wie hoch der Titer sein muss. Hinzuweisen ist noch darauf, dass die Fachleute unter Wirksamkeit nur verstehen, dass ausreichend Antikörper gebildet wurden. Der Laie denkt, dass eine wirksame Impfung ihn vor der Krankheit schützt.

....

WIRKLICHKEIT

Da die Hib-Krankheit in USA einen deutlichen Altersgipfel um den 1. Geburtstag der Kinder aufweist, als ausreichend angesehene Antikörpermengen aber erst mit ca. 36 Monaten vorliegen, muss es andere Ursachen für Schutz bzw. Erkrankung geben.

Anderson u. a., Antibody to polyribophosphate of haemophilus influenzae type b in infants and children, Journal of Infectious Diseases 1977; 136: 57-62

KOMMENTAR

Logische Folgerung, denn sonst dürfte es keinen Altersgipfel geben, da alle Kinder vor dem 3. Geburtstag dasselbe Ansteckungsrisiko haben.

....

AUSSAGE

Manche Kinder erkranken trotz als schützend angesehener Antikörpermenge, während die meisten anderen trotz sehr geringer Menge gesund bleiben.

Shapiro/Ward, The epidemiology and prevention of disease caused by haemophilus influenzae type b, Epidemiologic Reviews 1991; 13:113-42

(Übersetzung: Entstehung und Vorbeugung von Krankheiten durch Hib)

KOMMENTAR

Man muss von der bestehenden Theorie „Antikörper = Schutz" Abschied nehmen, und den Tatsachen ins Auge sehen: die Hypothese ist ein Irrtum.

Selbst wenn Antikörper mit Schutz korrelieren, stellt das keinen kausalen Zusammenhang dar.

Auch der Rückgang der Geburtenzahlen korreliert mit der Verringerung der Storchenzahl. Dennoch gehen wir hier nicht von Kausalität aus – weil für uns die fehlende Kausalität klar erkennbar ist.

PLACEBO

Zum Placebo gibt es immer wieder kontroverse Ausführungen. Um mehr Klarheit in der Diskussion zu ermöglichen, haben wir hier zunächst einige Basisinformationen zusammengestellt.

Grundlagen

In den klinischen Forschung wird meist anhand von randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudien die pharmazeutische Wirksamkeit von Medikamenten untersucht. In diesem Fall erhält dabei ein Teil der Probanden das zu testende Mittel (Verum), während eine Kontrollgruppe ein Scheinmedikament (Placebo) erhält. *(A. d. A.: Randomisiert bedeutet, dass die Zuordnung zu den beiden Gruppen durch Zufallsauswahl erfolgt; Doppelblind heißt, dass weder die Probanden, noch die Prüfärzte wissen, wer zu welcher Gruppe gehört.)*

Placebo im engeren Sinn ist eine inerte Substanz, die nach dem heutigen Stand der Wissenschaft keine pharmakologische Wirkung aufweist. Als Placebo können beispielsweise Tabletten aus Zucker oder Stärke oder eine physiologische Kochsalzlösung fungieren. Im Roche Lexikon Medizin (5. Auflage) wird Placebo folgendermaßen definiert: Wirkstofffreies, äußerlich nicht vom Original unterscheidbares, ‚Leer-' oder ‚Scheinmedikament' (‚Falsum-Präparat') für Placebo-Therapie.

Das Konzept von Placebo und dem Placeboeffekt ist bisher nicht einheitlich, was sich auch darin zeigt, dass es keine allgemeingültige Definition gibt.

Als echte oder reine Placebos werden Scheinmedikamente bezeichnet, die nur eine pharmakologisch unwirksame Substanz und gegebenenfalls auch Hilfsstoffe wie Geschmackskorrigentien oder Farbstoffe enthalten. Bei Pseudo-Placebos, auch „unreine Placebos" genannt, handelt es sich um eine pharmakodynamisch aktive Substanz, die allerdings bei der Erkrankung keine spezifische Wirksamkeit entfaltet, entweder weil die Dosis zu niedrig ist oder die behandelte Erkrankung nach herrschender Lehrmeinung nicht darauf anspricht.

Im Gegensatz zu reinen Placebos können Pseudo-Placebos durch die Pharmakodynamik der verwendeten Substanz bedingte spezifische unerwünschte Therapiewirkungen hervorrufen. Die Abwägung zwischen reinem Placebo und Pseudo-Placebo sollte in der täglichen Praxis also neben anderen ethischen und rechtlichen Aspekten das Nebenwirkungsprofil des Pseudo-Placebos berücksichtigen.

Der Einsatz von aktiven Placebos (unreine Placebos, Pseudo-Placebos) empfiehlt sich vor allem dann, wenn erfahrene Versuchsleiter oder Probanden die Verblindung des Studiendesigns gefährden.

Auch dürfen Patienten in der Placebogruppe nicht dem Risiko einer schweren oder irreversiblen Schädigung („any risk of serious or irreversible harm") ausgesetzt sein.

Außerdem müssen zukünftig noch folgende offene Fragen in der Placeboforschung beantwortet werden: u. a. Wie klinisch bedeutsam sind die verschiedenen Placeboeffekte hinsichtlich Größe und Dauer?

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Placebo in der Medizin,
Deutscher Ärzte-Verlag 2010

Unterschiedliche ethische Richtlinien verwirren die Forscher … Trotzdem bleiben spezifische Fragen zur Anwendung von Placebos in Impfstoffstudien unbeantwortet … Ein Mangel an klaren Leitlinien könnte dazu führen, dass man placebokontrollierte Versuche billigt oder durchführt, die letztlich unethisch sind … Der Grund dafür, eher aktive statt reine Placebos zu verwenden, ist die ethische Pflicht, zum Wohl beizutragen … Ein methodischer Nachteil besteht jedoch darin, dass Versuche mit solchen Placebos eine weniger vollständige Prüfung liefern. **Es kann schwierig oder unmöglich sein, die Sicherheit und das Nebenwirkungsprofil des Versuchsimpfstoffs vollständig einzuschätzen**, obwohl seine Wirksamkeit üblicherweise zufriedenstellend abgeschätzt werden kann .

WHO, Expert consultation on the use of placebos in vaccine trials, 2013 (Übersetzung: Expertenberatung zur Anwendung von Placebos in Impfstoffprüfungen), (Hervorhebung durch Autoren)

KOMMENTAR

• Was hat es mit der „Neudefinition“ des Placebos durch das PEI auf sich, die die Impfkritiker auf den Plan rief? Was ist von deren Aussagen zu halten?

• Nach dem PEI ist ein Placebo entweder ein Impfstoff ohne Erreger, also mit allen Zusatzstoffen, oder ein anderer bereits zugelassener Impfstoff. Das findet sich in den obigen Ausführungen als Möglichkeiten wieder.

PEI, Fragen zur Klinischen Prüfung und zur Zulassung, Behauptung 3, Placebo, http://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/impfungen-impfstoffe/hpv-gebaermutterhalskrebs/hpv-gebaermutterhalskrebs-studien.html, Stand 07.01.2016

• Bei den Impfstoffstudien etwa der HPV-Impfstoffe, bei denen die Zusatzstoffe und andere Impfstoffe als Placebo verwendet wurden, lag weder ein groß angelegtes Täuschungsmanöver vor, noch Manipulation. Denn dies wurde ja schon vor Studienbeginn so festgelegt.

• Es stellt sich die einzig wesentliche Frage, **welche Antwort zur Verträglichkeit eine solche Studie liefern kann.** Wer den kompletten Impfstoff mit seinen Zusatzstoffen vergleicht, prüft Folgendes: Rufen die Zusatzstoffe nach Art und Häufigkeit vergleichbare Nebenwirkungen hervor, weniger, mehr oder andere, wie der komplette Impfstoff?

• Das bedeutet, dass alle UAW Impfstoffnebenwirkungen sind. Wenn das Nebenwirkungsprofil dieses Versuchs bei Impfstoff und Zusatzstoffen vergleichbar ist, wie es bei HPV war, legt das den Schluss nahe, dass die UAW primär durch die Zusatzstoffe ausgelöst werden.

• Die Verträglichkeit des Impfstoffs wird so nicht untersucht, wie die WHO in obiger Veröffentlichung im letzten Satz richtig feststellt.

• Damit fehlt aber die Grundlage für Zulassung, Empfehlung und Anwendung einer solchen Impfung. Die Studie war schon vor ihrem Beginn unethisch, weil da schon klar war, dass sie keine Antwort liefern kann.

Kritiker müssen darauf achten, dass ihr Blickwinkel nicht zu stark eingeengt ist. Es ist völlig klar, dass z. B. die erste Sechsfachimpfung für Säuglinge mit der erprobten Fünffachimpfung verglichen werden musste. Denn es wäre unethisch, den Kindern in der Placebogruppe einen Schutz, von dem man ausgeht, vorzuenthalten.

Solange man vom Nutzen der bisherigen Impfungen ausgeht, wird man bei jeder neuen Impfung so testen. Anders war das bei den jeweils ersten Impfungen, z. B. gegen Masern. Damals waren Studien in dieser Form nicht üblich. Antrieb war hauptsächlich der Glaube an den Segen der Pockenimpfung; man wiederholte einfach, was man da schon als erfolgreich erlebt hatte. Weltweit entstanden erst infolge des Contergangeschehens (um 1960) allmählich Arzneimittelgesetze; in Deutschland erst 1978.

Auch die Gabe eines ganz anderen Impfstoffs wird oben ja ethisch begründet: die Pflicht, Gutes zu tun. Dann gibt man lieber einen Impfstoff zum Schutz vor einer anderen Krankheit, als ein reines Placebo. Das hat den Nachteil, dass das Nebenwirkungsprofil des Testimpfstoffs nicht genau eingeschätzt werden kann. Bei den RV-Studien hat man durch gleichzeitige Gabe des Zusatzstoff-Placebos und der üblichen Standardimpfungen vielleicht die Impfstoffe hinsichtlich mancher UAW schlechter dargestellt, als sie sind. Ob man das eigentlich Problem, die Prüfung des Risikos für Darmeinstülpungen damit ausreichend bewerten konnte, ist eine andere Frage.

....

AUSSAGE

Placebo composition might contain irrigating substances; no real placebo (e. g. glucose solution) was tested … The quality of evidence related to reactogenicity was judged as moderate, since other childhood vaccines were co-administered and no fully inert placebo was used in the RCTs.

(*Übersetzung: Die Inhaltsstoffe des Placebo könnten abführend wirken; es wurde kein echtes Placebo (z. B. eine Glukoselösung) getestet … Die Qualität der Beweise hinsichtlich Nebenwirkungen wurde als mäßig bewertet, da andere Kinderimpfstoffe gleichzeitig verabreicht wurden und kein vollständig wirkstofffreies Placebo in den kontrollierten randomisierten Studien benutzt wurde.)*

Koch u. a., Background paper to the recommendation for routine rotavirus vaccination of infants in Germany, BGesBl. 7/2013, S. 957-84 (Übersetzung: Hintergrundpapier für die Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen in Deutschland)

KOMMENTAR

- Die wissenschaftliche Begründung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen wurde in deutsch in verkürzter Form im Epidemiologischen Bulletin 35/2013 veröffentlicht. Darin erfolgte kein Hinweis auf die Besonderheiten des Placebos.
- Man hatte die Zusatzstoffe ohne den Erregerbestandteil verabreicht. Die Studien haben damit nicht die Sicherheit des Impfstoffes untersucht, sondern geprüft, ob die Zusatzstoffe vergleichbare Nebenwirkungen auslösen, wie der vollständige Impfstoff.
- Das war offensichtlich der Fall, sodass es in den Studien, der Fach- und der Gebrauchsinformation heißt „Nebenwirkungen auf Placeboniveau".
- Im strengen Sinne fehlen damit die Daten, die ein akzeptables Risikoniveau belegen; denn alle Nebenwirkungen waren Impfstoffnebenwirkungen.
- Daher ist keine (positive) Nutzen-Risiko-Abwägung möglich und somit keine Zulassung, Empfehlung und Anwendung.
- Da von den Zusatzstoffen nur negative Folgen für die Placebo-Impflinge zu erwarten waren, war deren Anwendung unethisch.

Neue Hinweise zu Todesfällen und schweren Verläufen von Darmeinstülpungen nach RV-Impfung aus Frankreich weisen wohl auf ein Problem hin, das auf ungeeignete Studien zurückzuführen ist.

arznei-telegramm, Invagination nach Rotavirusimpfung … Frankreich zieht Impfempfehlung zurück, Ausgabe 5/2015, S. 49

EINIGE WESENTLICHE ASPEKTE ZU VERSCHIEDENEN IMPFUNGEN

MASERN

Wie sich die Zeiten ändern – Wirklichkeit damals

Eine Impfung gegen Masern ist zurzeit auch aus dem Grunde nicht ratsam, weil die Masern nur in seltenen Fällen, die therapeutisch behandelt werden können, gefährlich werden. Eine Massenprophylaxe ist daher nicht gerechtfertigt.

Henneberg, Schutzimpfungen, BGesBl. 4/1962 S. 55-58

Noch 1968 vertrat das vom Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit der BRD eingeholte Gutachten den Standpunkt, dass die Einführung der Masernschutzimpfung nicht zu empfehlen und die Eradikation der Masern *(A. d. A.: vollständige Eliminierung eines Krankheitserregers)* kein erstrebenswertes Ziel sei.

Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Beiträge zur Hygiene und Epidemiologie, Habs/Rische) 1981 zu Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt Nr. 8, Masernschutzimpfung, Stand Oktober 1968, Hrsg. Henneberg

KOMMENTAR

Henneberg war damals Vizepräsident des Bundesgesundheitsamts und Leiter des Robert Koch-Instituts, aber kein Impfkritiker. Wie kam er zu seiner Einschätzung, obwohl es im Jahr 1961 noch über 180 Maserntodesfälle gab und 1962 noch ca. 140? Er hatte wohl die Entwicklung der Todesfälle in den vorausgegangenen 50 Jahren wahrgenommen, wie sie die folgende Tabelle zeigt: Der Rückgang vollzog sich unabhängig von der Impfung, die erst ab 1963 eingesetzt wurde.

Land	Jahr 1901	1906–1910	1921	1923–1929	1941	1958	Rückgang in %
Belgien	30,2		10,4		1,7	0,2	99
Brasilien	22,9		23,0		12,0	5,5	76
Chile						21,6	-
Deutschland		18,3		7,2	(1952–1958) >	0,3	98
England	27,7		5,9		2,9	0,1	99
Frankreich			4,2		1,4	0,4	90
Indien					(1959)	19,8	-
Italien	17,8		11,9		4,5	0,4	98
Norwegen	4,6		2,8		1,2	0,3	93
Schweden	7,3		3,6		1,1	0,2	97
Schweiz	24,8		4,0		0,4	0,1	99
USA			8,9		0,6	0,2	98

Masernmortalität (Todesfälle/100.000 Einwohner) verschiedener Länder (nach Benin)

Ehrengut, Impffibel, Schatthauer, 1964, S. 107, Tabelle 12
(Spalte Rückgang in % vergleicht die Raten von 1958 mit denen von 1901, bzw. von 1906-10 für Deutschland bzw. 1921 für Frankreich und USA; ergänzt durch Autoren)

Nachfolgende Abbildungen aus England und Wales sowie Deutschland unterstreichen die Aussage der Tabelle: Der Rückgang der Todesfälle durch Masern erfolgte völlig unabhängig von der Impfung:

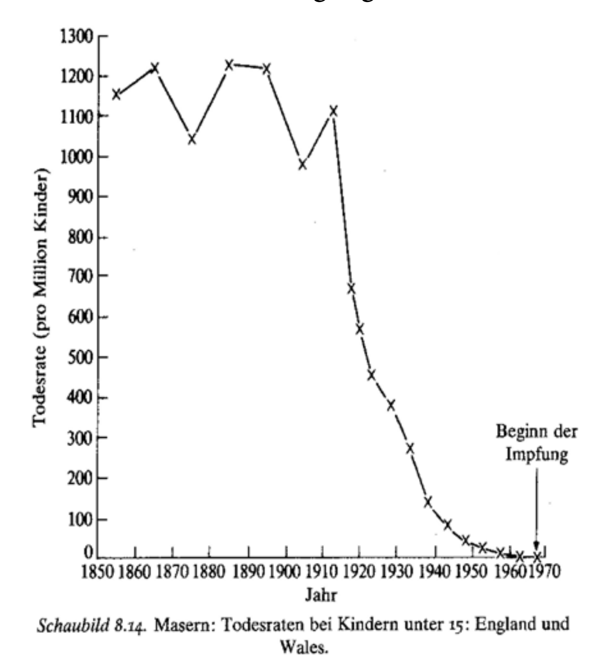
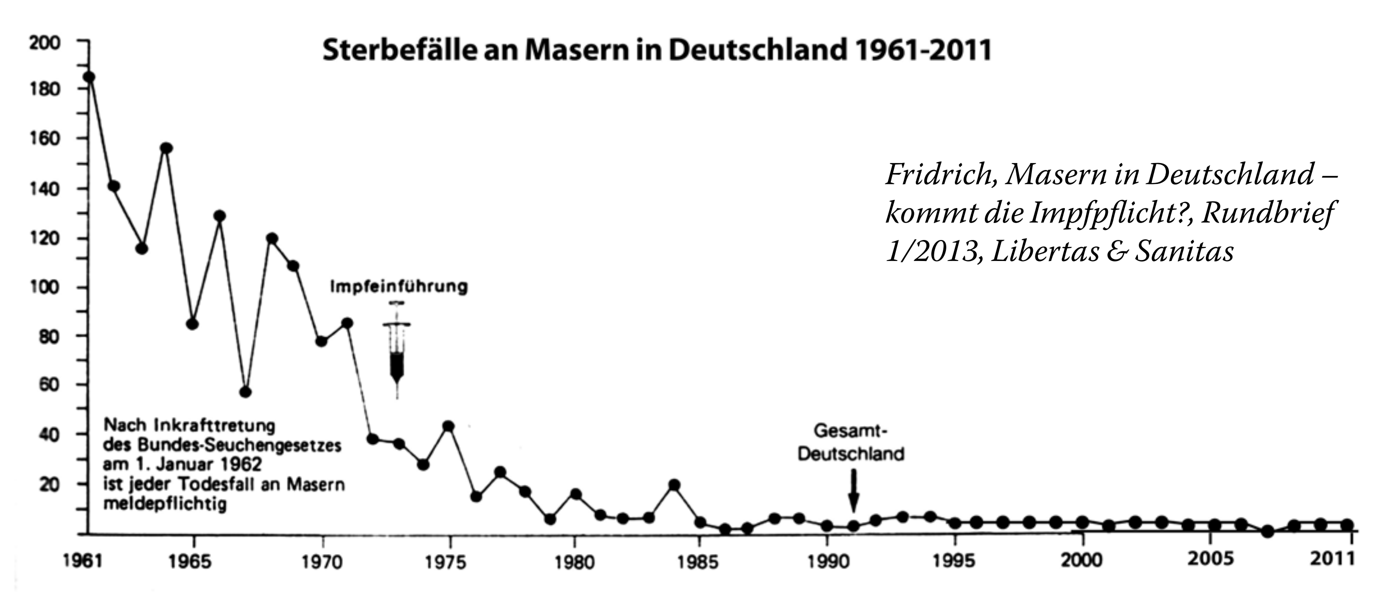


Schaubild 8.14. Masern: Todesraten bei Kindern unter 15: England und Wales.

McKeown, Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp 1982

Als man zu impfen begann, war die Maserntodesrate schon bei „0" (Null) angelangt. Bis vor ca. 100 Jahren waren Masern eine bedeutsame Todesursache. Umgerechnet auf unsere heutige Kinderzahl wären das über 12.000 Tote pro Jahr.



Fridrich, Masern in Deutschland – kommt die Impfpflicht?, Rundbrief 1/2013, Libertas & Sanitas

Quelle: Stat. Bundesamt Wiesbaden/Robert Koch-Institut (RKI)
Abbildung aus: Impfen – Das Geschäft mit der Angst; Buchwald, emu, 1. Auflage, 1994, S. 97. Abb. 52 (Daten ab 1993 ergänzt durch Fridrich).

Die Todesfallzahlen waren schon um ca. 90 % zurückgegangen, bevor man Mitte der 70er Jahre zu impfen begann. Bis 1980 wurden unter 50.000 Impfdosen pro Jahr verimpft, was für weniger als 10 % eines Jahrgangs reicht. Dadurch war kein messbarer Einfluss auf das Maserngeschehen zu erwarten.

ANSPRUCH

Die weit verbreitete Anwendung des Masernimpfstoffes hat weltweit zu einem bedeutenden Rückgang der Masernkrankheits- und -todesfälle geführt.

Muscat u. a., Fortschritte bei der Eliminierung von Masern und Röteln in der Europäischen Region der WHO, BGesBl. 9/2013, S. 1225-30 (Alle fünf Autoren sind Mitarbeiter der WHO.)

WIRKLICHKEIT

Schließlich mussten wir feststellen, dass Masern gar keinen Einfluss auf die langfristige Sterblichkeit der Kinder haben.

Aaby, Vorgefasste Meinungen sind mächtig, Praxis-Depesche 5/2005

KOMMENTAR

Obige Tabelle beschreibt den Zeitraum 1901 bis 1958. Die Masernmortalität sank völlig unabhängig von der Impfung, weil diese erst ab 1963 (u. a. in USA) angewandt wurde. Das gilt auch für Erkrankungen, wie nachfolgend für Finnland und USA gezeigt wird.

Wenn die Masern für die langfristige Sterblichkeit ohne Bedeutung sind, dann kann auch die Masernimpfung diese nicht beeinflussen. Hilfreich sind u. a. Frieden, soziale und hygienische Verbesserung, ausreichend Nahrung, sauberes Trinkwasser, Abwasserentsorgung. Erkenntnisse, die schon McKeown zusammenfasste (siehe Kap. „Alternativen zu Impfungen“).

....

ANSPRUCH

Auch in Finnland gelang die Eliminierung *(A. d. A.: der Masern).*

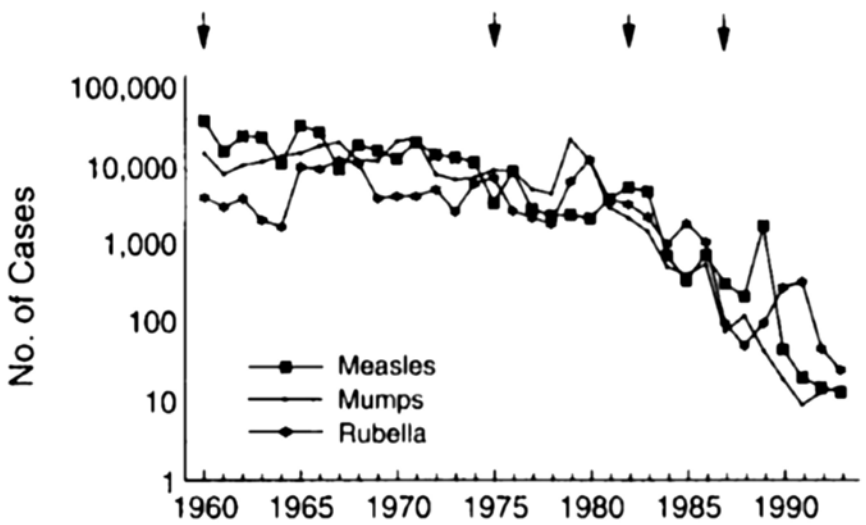
Pfaff, Editorial Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland, BGesBl. 9/2013, S. 1222-24

Auch in Finnland konnten durch die Implementierung eines 2-Dosen-MMR-Impfprogramms im Jahr 1982 beide Erkrankungen *(A. d. A.: Masern und Röteln)* vollständig eliminiert werden. Während die Inzidenz von Masern und Röteln 1982 noch bei 105 bzw. 64 pro 100.000 Einwohner lag, konnte diese innerhalb von 13 Jahren auf unter 0,1 pro 100.000 Einwohner gesenkt werden.

Wichmann/Ultsch, Effektivität, Populationseffekte und Gesundheitsökonomie der Impfungen gegen Masern und Röteln, BGesBl. 9/2013, S. 1260-69

Das primäre Ziel von Impfprogrammen oder Impfempfehlungen ist die Inzidenzreduktion der Zielerkrankung in der Bevölkerung. Daher sollte jedes Impfprogramm bzw. jede Impfempfehlung durch ein Krankheitssurveillancesystem (z. B. mittels Meldepflicht oder in Sentinelsystemen) begleitet werden, um ihren Einfluss auf die Krankheitsinzidenz zu überwachen und evtl. Anpassungen der Impfstrategie zu ermöglichen.

Wichmann/Ultsch, s.o.



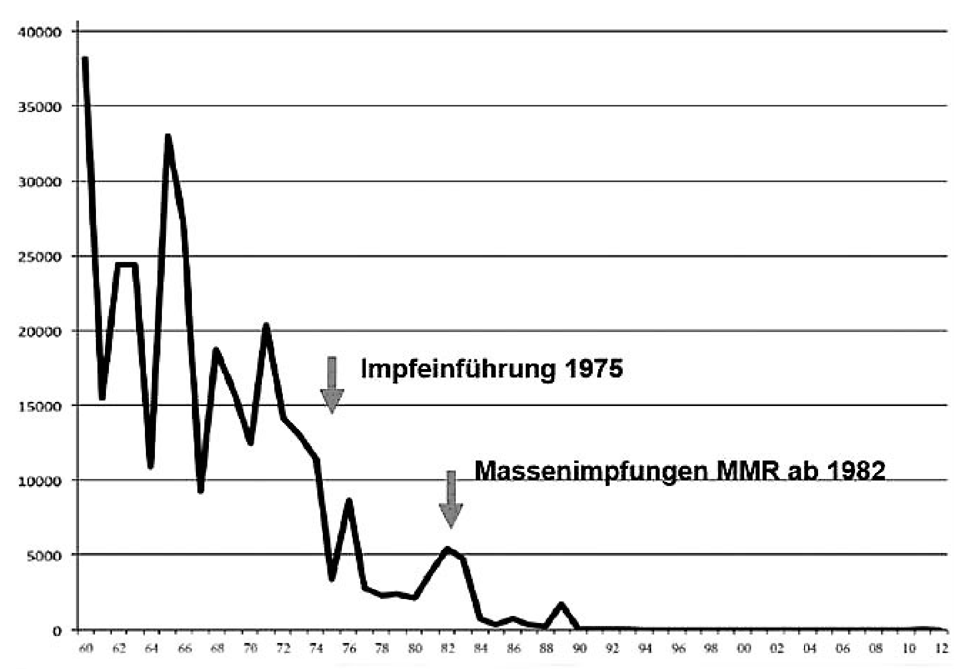
Die Pfeile bedeuten:
1960: Mumpsimpfung beim Militär
1975: Start Masernimpfung
1982: Massenimpfung MMR
1987: Blutnachweis erforderlich

Figure 1. Annual Number of Cases of Measles, Mumps and Rubella in Finland.
Übersetzung: Jährliche Masern-, Mumps- und Rötelnfälle in Finnland.

Peltola u. a., The Elimination of indigenous Measles, Mumps and Rubella from Finland by a 12-Year, two-dose Vaccination Program, New England Journal of Medicine, 1994, 331, S. 1397-1402. (Übersetzung: Die Eliminierung von Masern, Mumps und Röteln in Finnland durch ein 12 Jahre dauerndes Impfprogramm mit zwei Impfdosen.)

KOMMENTAR

- Die deutschen Autoren versäumen es wie die finnischen, die Entwicklung vor Anwendung der Impfung, also von 1960-75 zu bewerten. Woher wissen sie, ob sich der Rückgang ohne Impfung nicht auch nach 1975 fortgesetzt hätte?
- Im Original ist die Abbildung nur ca. 3 x 5 cm groß. Zusammen mit dem logarithmischen Maßstab lässt sich der Verlauf schlecht abschätzen, zumal drei Kurven sich noch ständig kreuzen.
- Deutlicher erkennbar wird die Entwicklung, wenn man statt einem logarithmischen einen linearen Maßstab wählt. Bis 1975 sanken die Masernfälle schon von 38.181auf 3.384 (Inzidenz 760/100.000 bzw. 68/100.000), also um ca. 91 % – ohne Impfung.



bb. 5: Masernfälle Finnland (Daten vom National Institute for Health and Welfare).

Fridrich, Masern in Deutschland – kommt die Impfpflicht?, Rundbrief 1/2013, Libertas & Sanitas

- In Finnland wurde seit 1975 gegen Masern geimpft. Die Impfrate lag 1982 bei ca. 70 %. Ein weiterer Rückgang der Masernfälle trat bis 1982 nicht ein.
- Trotz der Massenimpfungen ab 1982 gab es Ausbrüche. Umgerechnet auf die deutsche Bevölkerungszahl waren dabei ca. 28.000 (1989), ca. 740 (1990) und ca. 430 (2011) Masernfälle gemeldet worden.
- Wenn derzeit bei uns diese Informationen verbreitet würden, könnte die momentane Diskussion zur Masernimpfpflicht gelassener geführt werden.
- 1987 erfolgte eine Änderung der Diagnostik: man zählte nur noch durch Blutuntersuchung bestätigte Fälle. Dadurch musste die Erkrankungsrate weiter sinken, unklar ist nur, in welcher Größenordnung.
- 1998 wiesen dieselben Autoren dann sogar darauf hin, dass das Erfassungssystem zwar ermöglicht, die genaue Zahl der Geimpften zu ermitteln, nicht jedoch die Zahl der Erkrankten: da Mütter die Masern oft nicht als schwere Krankheit ansehen, erfolgt kein Arztbesuch und somit erfolgt auch keine Meldung. Das bedeutet, dass es zwar keine gemeldeten Fälle mehr gibt, Masern aber dennoch noch auftreten können.
- Die Analyse der Studien aus USA zeigt, dass der Rückgang der Masernerkrankungen nicht durch die Impfungen zu erklären ist. In USA betrug er ca. 95 %, als nur ca. ein Drittel der Kinder geimpft waren (Strebel u. a., Measles Vaccine (S. 353-98), Abb. 18-6, S. 362, Vaccines 2008).
- Von Einfluss waren in USA u. a. veränderte Diagnostik (Blutsnachweis erforderlich) und Krankheitsdefinition (mindestens 38,3 Grad Fieber), sowie Wechsel des Impfalters (von ursprünglich 9 auf 12 und dann 15 Monate).

- Die Impfung wurde in Deutschland seit 1973 angewandt. Von 1958 (siehe obige Tabelle zur Masernmortalität) bis 1973 fielen die Todesfallzahlen von ca. 180 auf ca. 20, also nochmals um 90 %. Ein Sentinel existiert erst seit 1999, die Meldepflicht für Masern seit 2001. Auch fehlen valide Daten zu den erreichten Impfraten. Das bedeutet, dass keinerlei verlässliche Aussagen zur Bedeutung der Masernimpfung möglich sind. Klar ist allerdings, dass diese für den Rückgang der Sterbefälle ohne Einfluss war, da dieser schon vor Impfbeginn zu über 99 % erfolgt war.
- Hinzu kommt noch, dass Ärzte bei vollständig Geimpften davon ausgehen, dass diese an der entsprechenden Krankheit nicht erkranken können und deshalb eine andere Diagnose stellen.
- Schließlich können Masern bei Geimpften mit untypischen Symptomen auftreten und deshalb nicht als solche erkannt werden. Darüber wurde u. a. aus USA berichtet und ein neuer Krankheitsbegriff geschaffen. Man sprach von VMMI, was *„vaccine modified measles infection"*, also durch Impfung veränderte Masern bedeutet.
- Ausführlich haben wir darüber im Rundbrief 1/ September 2013 berichtet.

....

ANSPRUCH

Übersteigt die Impfquote 90 %, dann bleibt bei Masernausbrüchen ausreichend Zeit für Impfungen zur Begrenzung des Ausbruchs … Bei Masernausbrüchen in Schulen hat ein frühzeitiges und konsequentes Management besonderes Gewicht, wenn es um die Vermeidung der Ausbreitung geht … Masernausbrüche in Schulen signalisieren Immunitätslücken.

Pfaff, Editorial Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland,
BGesBl. 9/2013, S. 1222-24

Je niedriger die vorbestehende Immunität in einer Institution ist, desto explosionsartiger entwickeln sich Masernausbrüche und desto früher muss eine Impfintervention eingeleitet werden, damit diese noch effektiv ist.

Wichmann/Ultsch, Effektivität, Populationseffekte und Gesundheitsökonomie der Impfungen gegen Masern und Röteln, BGesBl. 9/2013, S. 1260-69

WIRKLICHKEIT

Zahlreiche Veröffentlichungen z. B. aus USA und Finnland beweisen, dass Ausbrüche trotz höchster Impfraten auftreten („Sich explosiv ausbreitende Masern"). Aus USA z. B. wird von einem Masernausbruch berichtet, der an einer Schule begann, an der 98,7 % richtig geimpft waren.

Eine Übersicht von Beispielen zum Versagen der Masernimpfung trotz höchster Impfraten finden Sie unter **Tatsachen zur Masernimpfung** auf der Internetseite www.libertas-sanitas.de.

Das RKI beschreibt außerdem in seinen „Epidemiologischen Jahrbüchern" regelmäßig das Versagen solcher Inkubations-/Riegelungsimpfungen, die zum obigen Management gehören. Die dennoch Erkrankten werden nicht gezählt, weil die Impfung sie nicht schützen konnte (z. B.: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2009: 31 Fälle mit einer Inkubationsimpfung verfügten jedoch über keinen Impfschutz).

In unserem Rundbrief 1/2015 Wegweiser Verhalten bei (drohendem) Kindergarten- oder Schulausschluss im Rahmen von Ausbruchsgeschehen (siehe Internetseite) ist beschrieben, dass die Gesundheitsbehörden selbst zur Weiterverbreitung beigetragen haben, indem sie zur Kontrolle der Impfausweise die Kinder und Erwachsenen vor Ausschluss wieder in der Einrichtung zusammenriefen.

....

WIRKLICHKEIT

Beim Blick auf den Diagnosesicherungsgrad zeigte sich, dass 9.967 (42 %) aller Fälle laborbestätigt waren und 2.570 (11 %) in einem epidemiologischen Zusammenhang standen.

Mentzer u. a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, BGesBl. 9/2013, S. 1253-59 (alle drei Autor(inn)en sind Mitarbeiter des PEI)

KOMMENTAR

Forderung der WHO ist es, mindestens 80 % Laborbestätigung zu erreichen.

WIRKLICHKEIT

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass hohe Impfraten nicht gleichbedeutend mit niedrigen Erkrankungszahlen sind. Jeder Punkt steht für ein Land in der WHO-Region Europa.

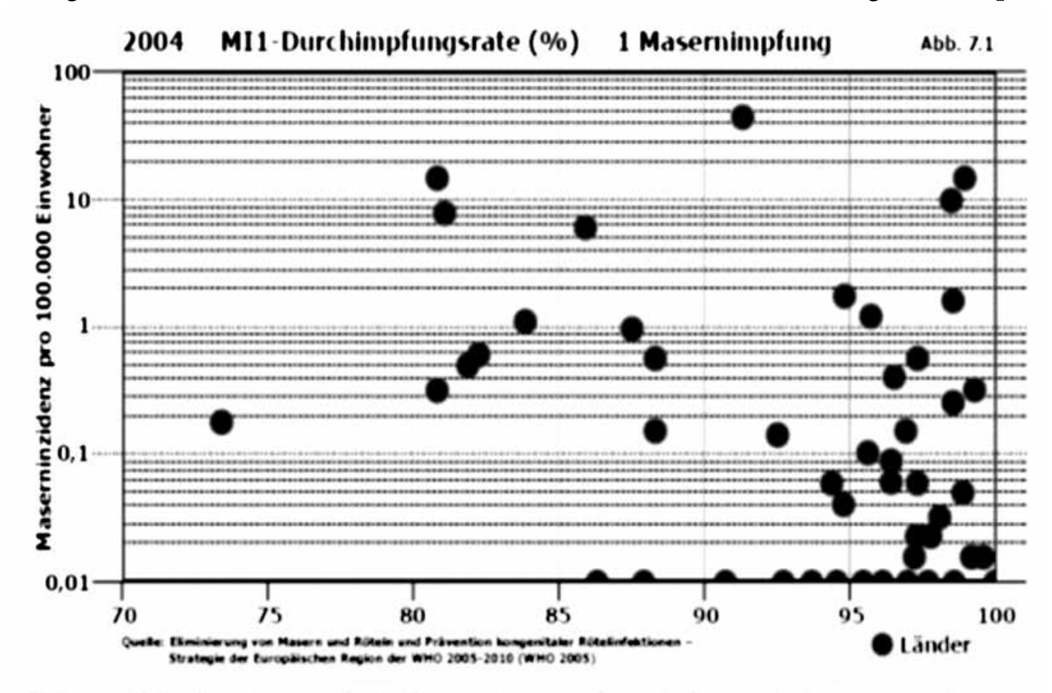


Abb. 7: Masernfälle (Inzidenz/100.000 Einwohner) und Durchimpfungsraten in den verschiedenen Ländern der Region Europa der WHO.

WHO, Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention kongenitaler Rötelninfektionen – Strategie der Europäischen Region der WHO 2005-2010 (WHO 2005)

KOMMENTAR

- Die WHO strebt die Ausrottung der Masern an. Dazu soll eine Inzidenz (Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) von 0,1 erreicht werden, also 1 Fall pro 1 Million. Das bedeutet für Deutschland maximal 82 Fälle pro Jahr. Als wesentliche Voraussetzung für das Erreichen des Ziels werden Impfraten von 95% und mehr für zwei Impfungen angestrebt. Schon 2005 hatte die WHO diesen Vergleich der Impfraten (für 1 Impfung) in den Ländern der Region Europa veröffentlicht. Dieser wurde 2009 während der 1. Nationalen Impfkonferenz in Mainz hunderten von Impfexperten zur Verfügung gestellt. Die Darstellung zeigt, dass in zwei Ländern mit einer Impfrate von nur ca. 87 % (impfmüde wie Deutschland?) weniger Masernfälle (Inzidenz nur 0,01) – und zwar bis zu 1000mal weniger! – auftraten, als in 20 Ländern, die 95 % und mehr (also wie angestrebt) geimpft hatten.
- Ein Land mit einer Impfrate von nur 73 % (ganz links im Schaubild) hatte bis zu 100mal weniger Masernkranke als acht Länder mit über 95 %. Auch hier ist der logarithmische Maßstab auf der senkrechten Achse (Inzidenz) zu beachten.

SSPE ALS SPÄTFOLGE

In den Medien erscheinen immer wieder Beiträge über Kinder und Jugendliche, die an SSPE (Subakute sklerosierende Panenzephalitis) leiden. Diese wird als Spätfolge von Masern angesehen. Es handelt sich um eine Entzündung des Gehirns, die zu dessen Zerstörung und damit schließlich zum Tod führt. Dramatisch ist das Geschehen zum einen für die betroffenen Familien, denen unser Mitgefühl gilt. Andererseits ängstigt es auch Eltern, dass ihr Kind ein anderes anstecken könnte und dieses unter einer solchen Folge leidet.

AUSSAGE

Früher wurde das Risiko einer SSPE mit 1:100.000 Masernfällen angegeben. Hier wird das Risiko für eine SSPE bei Kindern unter fünf Jahren mit 1:1.700 bis 1:3.300 errechnet.

Schönberger u.a., Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation, PLOS ONE, July 2013, Vol. 8, Issue 7, e68909 (übersetzt: Verbreitung von SSPE in Deutschland von 2003 bis 2009, eine Risikoeinschätzung)

KOMMENTAR

In dieser Studie werden in Tabelle 1 insgesamt 31 Fälle dargestellt, davon haben 11 eine deutsche Nationalität. Nur von 17 ist der Impfstatus bekannt. **Diese waren alle gegen Masern geimpft, davon 10 zweimal.** Nur bei 14 ist das Impfalter bekannt, bei 21 das Alter, in dem die Infektion stattfand.

Damit stellen sich folgende Fragen:

- Gibt es SSPE ohne Impfung?
- Wie lässt sich das Alter der Maserninfektion sicher klären, wenn bei den Betroffenen erst 2-11 Jahre danach die Diagnose SSPE gestellt wurde? Diese hat wohl erst dazu geführt, dass man von einer früheren Maserninfektion ausging.
- Wurde die damalige Maserninfektion durch Laborbefund bestätigt, oder nur klinisch nach den Symptomen, oder trat sie subklinisch (ohne klare Symptomatik) oder inapparent (symptomlos) auf?
- Wenn es damals einen eindeutigen Nachweis für Masern gab, warum wurden die Kinder dann trotzdem geimpft? Nach dem Motto „schadet nicht“?
- Besteht die eigentliche Gefahr darin, dass nach einer Maserninfektion geimpft wird? Was macht der Masernimpfstoff dann in den Menschen? Ruht der Erreger, ähnlich wie bei Windpocken, und wird er gar durch die Erreger im Impfstoff (es handelt sich um einen Lebendimpfstoff) aktiviert?
- Bedenklich ist, dass die Autoren gar nicht erwähnen, dass alle mit bekanntem Impfstatus geimpft waren. Fiel es ihnen überhaupt auf, und wenn, warum wiesen sie nicht darauf hin? Dadurch wird versäumt, Wissenslücken zu schließen.

....

WIRKLICHKEIT

Die altersspezifischen Inzidenzen *(Masernerkrankungen pro 100.000)* der Kinder <1 Jahr waren in jedem Jahr deutlich höher, als die Gesamtinzidenz. Die hohe Inzidenz der Kinder <1 Jahr kann auf eine verkürzte oder fehlende Leihimmunität der Kinder zurückgeführt werden.

STIKO: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern,
Epidemiologisches Bulletin 32/2010 (16.8), S. 315-22

Da geimpfte Mütter über niedrigere Antikörperspiegel verfügen, als nach natürlicher Infektion, hält die Leihimmunität bei ihren Kindern im Mittel weniger lang an (oftmals nur noch zwei bis vier Monate) und kann so potentiell nicht mehr den Zeitraum von der Geburt bis zur ersten Impfung überbrücken.

Matysiak-Klose, Überblick über die Epidemiologie der Masern in 2014 und aktuelle Situation in 2015 in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin 10/2015, S. 69-74

70 % aller Kinder zwischen 9 und 15 Monaten gelten für Masern als empfänglich; in der Vorimpfära waren diese durch ihre Mütter, die selbst echte Masern hatten, geschützt.

Maldonado u. a., Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity, Pediatrics 1995; 96:447-50 (Übersetzt:Frühzeitiger Verlust der passiven Masernantikörper bei Kindern von Müttern, deren Immunität vom Impfen stammt)

KOMMENTAR

- Die Impfexperten gestehen ein, dass aufgrund der Impfungen heute Altersgruppen gefährdet sind, die früher geschützt waren.
- Bedenklich ist dabei, dass Stickl schon 1977 auf dieses Problem im Bundesgesundheitsblatt (Ausgabe 7/8, S. 101-3) hingewiesen hat.
- Spätestens mit den Veröffentlichungen aus USA in den 1980er und 90er Jahren hätte eine ernsthafte Überprüfung der Impfstrategie erfolgen müssen. Diese Studien werden in obigem Bulletin 32/2010 kommentarlos von der STIKO erwähnt (z. B. Maldonado s. o.).
- Man hat sehenden Auges die Gefährdung der Kinder in Kauf genommen.
- Masernerkrankungen junger Kinder sind somit quasi als späte Impfschäden anzusehen, die erst mit einer Generation Verzug auftreten.
- Solche Fälle werden auch als Grund für SSPE angesehen, welche somit als Impffolge zu betrachten sind.

....

AUSSAGE

Allerdings bezeichneten die Autoren eines Reviews das Design der 139 untersuchten Studien zur Sicherheit der Impfstoffe im Vergleich zu den festgelegten Kriterien als zumeist inadäquat. Vergleichbare Untersuchungen zur Sicherheit des MMR-Impfstoffs bei Erwachsenen liegen nicht vor.

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI), Epidemiologisches Bulletin 32/2010, S. 316-22

KOMMENTAR

Was ist von Studienautoren zu halten, die ein Design wählen, das keine brauchbaren Aussagen zur Sicherheit liefert? Wieso erkennen Ethikkommissionen diese Mängel nicht schon vor Genehmigung der Studien?

Wieso wird der Impfstoff dann für Erwachsene empfohlen? Ohne Kenntnis des Risikos ist keine Nutzen-Risikobewertung möglich, die Grundlage einer Empfehlung.

Auch von den Vertretern der evidenz-basierten Medizin aus dem Cochrane-Institut wird der unbefriedigende Wissensstand bei den MMR-Impfstoffen bemängelt (z. B. Demichelli u. a., Vaccines for measles, mumps and rubella in children, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, 15(2):CD004407).

....

Maserntodesfall in Berlin im Januar 2015

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | be Berlin

Fallbeschreibung: Das verstorbene Kind

- 18 Monate altes Kind
- KiTa-Besuch
- verschiedene Impfungen vorhanden, keine Impfung gegen MMRV
- Februar 2015 grippale Symptome
- 4 Tage später Vorstellung in Notaufnahme und lange Reanimation nach Herz-Kreislauf-Stillstand
- 3 Tage später Excitus letalis
- Obduktion: „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an den Masern verstorben. Es hatte zwar eine Herzerkrankung. Diese war jedoch vorher nicht bekannt und hat auch keine Beschwerden wie z. B. mangelnde Belastungsfähigkeit, Luftnot oder bläuliche Lippen verursacht."
- „Die behandelnden Ärzte halten es allerdings für schwer bis unmöglich zu entscheiden welchen genauen Anteil die Masernerkrankung und welchen Anteil die zuvor klinisch unauffällige Herzerkrankung hatte. Wir sind uns aber alle einig, dass dieses Kind von der eigenen Masernimpfung und/ oder einer Herdimmuniät gegen Masern in seiner Umgebung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit profitiert hätte."

NIK, Suckau, 18.06.15 13

Im Rahmen des Masernausbruchs in Berlin (Ende 2014/Anfang 2015) starb ein 18 Monate alter Junge. Politiker und Medien behaupteten, dieser sei an Masern gestorben. Eltern nicht geimpfter Kinder wurden massiv unter Druck gesetzt. Bei der Nationalen Impfkonferenz am 18. Juni 2015 in Berlin berichtete Frau Dr. Marlen Suckau, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Referatsleiterin, Berlin, Folgendes: (Siehe Kasten links).

Die Formulierung zeigt deutlich, dass der Beweis, dass der Junge tatsächlich an Masern gestorben ist, nicht eindeutig erbracht werden konnte. Diese Aussage fand jedoch keinen Niederschlag mehr in den Medien.

Suckau, Masernausbruch in Berlin 2014/2015, http://nationale-impfkonferenz.de/veroeffentlichungen/rueckblick-vortraege, Folie 13, Stand 22.12.2015

DIPHTHERIE

ANSPRUCH

Die Virulenz des Diphtherie-Erregers entsteht durch das Diphtherietoxin … Die Prophylaxe besteht in der aktiven Immunisierung mit einem Toxoid-Impfstoff.

RKI-Ratgeber für Ärzte, Diphtherie, wwwk.rki.de, Stand 15.12.2009

KOMMENTAR

Da der Impfstoff nur gegen das Diphtherietoxin wirkt, besteht keine Herdenimmunität. Es ist nicht nachvollziehbar, dass heute noch immer nur gegen das Toxin geimpft wird, während sich das Bakterium ungehindert ausbreiten und das Toxoid im Körper produzieren kann.

……………………………

ANSPRUCH MIT EINSCHRÄNKUNG

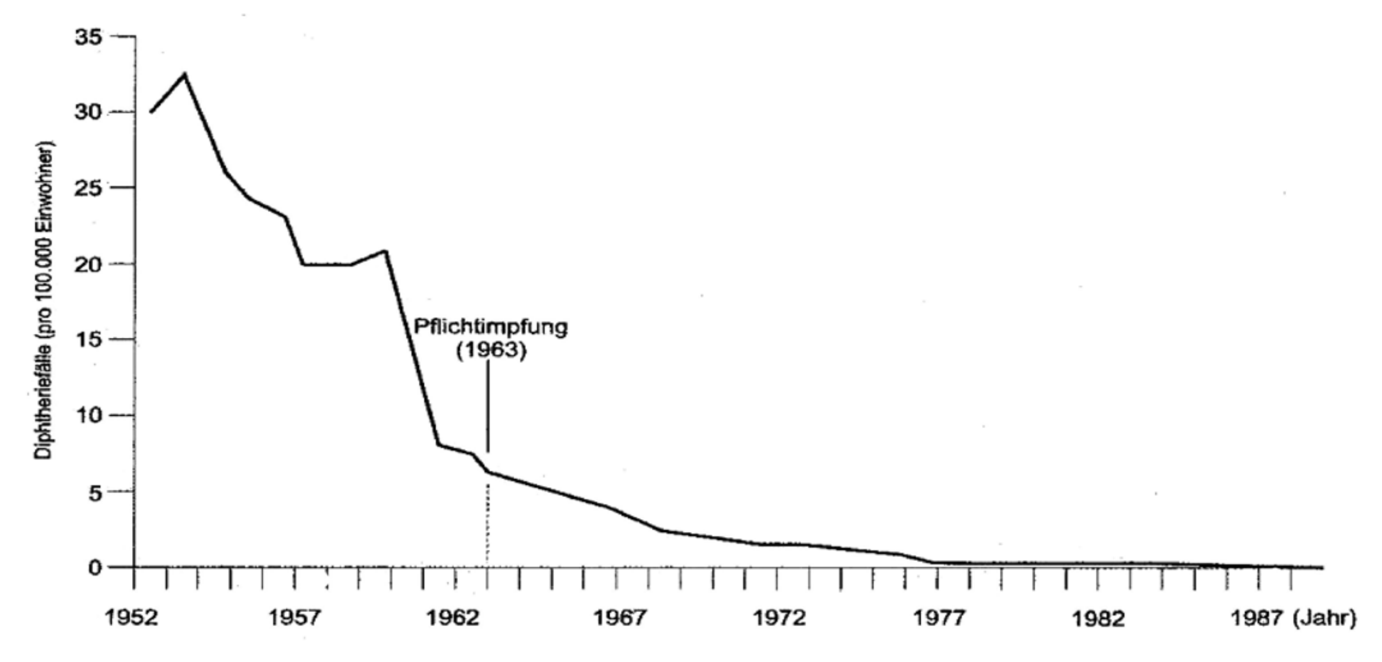
Durch eine gleichzeitig begonnene antibiotische Therapie werden die toxinproduzierenden Keime eliminiert … Die erzeugte antitoxische Immunität mit Toxoid-Impfstoff verhindert Erkrankungen weitgehend, nicht aber eine Infektion bzw. Kolonisation, so dass auch unter Geimpften Keimträger vorkommen können *(A. d. A.: geimpfte Keimträger, die ansteckend sind!)*

RKI-Ratgeber für Ärzte, Diphtherie, wwwk.rki.de, Stand 15.12.2009, (A. d. A.: Unterstreichungen durch Autoren)

KOMMENTAR

Die Übertragung des Bakteriums von Mensch zu Mensch wird durch die Impfung nicht verhindert. Im Krankheits(verdachts)fall müssen deshalb auch Geimpfte begleitend antibiotisch therapiert werden. Erstaunlich ist, dass trotzdem die Krankheit in Deutschland ausgesprochen selten auftritt – vielleicht eine Folge der Impfung? Zur Klärung hilft folgendes Schaubild:

Diphtherie-Häufigkeit in Italien (1952-1987)



Biskin u.a., Epidemiology of pertussis in a developed country with low vaccination coverage the Italian experience, Pediatric Infectious Diseases Journal 1962; 11: S. 653-61 Keuchhustenverlauf in einem Industrieland mit niedrigen Impfraten: die Erfahrung in Italien)

Der Artikel befasst sich eigentlich mit Keuchhusten, enthält aber auch die obige Abbildung zu Diphtherie.

- Bis 1962 wurde in Italien nicht gegen Diphtherie geimpft.
- Von 1952-62, also ohne Impfung, gab es dennoch einen Rückgang der Erkrankungen um ca. 83 % (von ca. 30/100.000 auf ca. 5/100.000 Erkrankungen).
- Nach Einführung der Impfpflicht verlangsamt sich der Rückgang (flacherer Kurvenverlauf).
- Erwarten würden wir von einer wirksamen Maßnahme eine Beschleunigung.
- Die Autoren geben an, dass die Ausrottung dank der Impfung schon fünf Jahre nach Impfbeginn erfolgte. Wieso glauben sie, dass sich der Rückgang vor Impfbeginn nicht ohne Impfung fortgesetzt hätte?
- Was bedeutet Ausrottung? Die Autoren sprechen davon, als 1968 noch zwei von 100.000 Einwohnern erkrankten. Das entspräche auf Deutschland umgerechnet ca. 1.600 Fälle!
- Damals war offensichtlich die Risikoeinschätzung anders, wie wir es auch bei Masern in Deutschland erlebt haben (siehe Henneberg-Zitate im Kapitel Masern).

WIRKLICHKEIT

Daten zur Entwicklung der Häufigkeit von Erkrankungen und Todesfällen haben häufig den Mangel, dass exakte Angaben zum Impfbeginn und den erreichten Impfraten insbesondere bei Erwachsenen fehlen.

Erste repräsentative Studie über den **Impfstatus Erwachsener** in Deutschland:

Impfschutzraten (in %) gegen Diphtherie und Tetanus *in der Gesamtgruppe* (die Altersgruppen der unter 20- bis zu 60-Jährigen und älter wurden zusammengefasst)

		Diphtherie [%]	Tetanus [%]
Grundimm.:	Ungeimpft	11,3	5,2
	Unvollständig	7,7	4,6
	Vollständig	81	90,2
Grundimm. vollständig u. letzte Impf.<10 J		57,5	66,1
Grundimm. vollständig u. letzte Impf. 10–20 J		15,1	16,6
Grundimm. vollständig u. letzte Impf >20 J		4,1	0,5

Bader/Egler, Initiativen zur Steigerung der Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein Impfschutz bei Erwachsenen in der Arbeitswelt 2003, BGesBl. 12/2004, S. 1204-15

Der aktuelle Tetanus- und Diphtherie-Impfstatus Erwachsener ist besser als vor 10 Jahren, dennoch sind immer noch 28,6 % der Bevölkerung ohne aktuellen Impfschutz gegen Tetanus, und 42,9 % erhielten in den letzten 10 Jahren keine Diphtherieimpfung

Poethko-Müller / Schmitz, Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland, BGesBl. 5/6/2015

KOMMENTAR

Aus der Tabelle erkennen wir, wie schlecht die Durchimpfungsraten in Deutschland sind.

Die Altersgruppe umfasst ca. 50 Millionen Erwachsene. 11,3 %, also ca. 5,65 Mio., erhielten nie eine Diphtherieimpfung. 7,7 %, etwa 3,85 Mio., haben nicht alle Impfungen zur Grundimmunisierung erhalten. 42,5 %, also ca. 21,25 Mio., haben keinen aktuellen Impfschutz (Impfung in letzten 10 Jahren).

Trotzdem wurden dem Statistischen Bundesamt in 22 Jahren vor Durchführung der Studie (1981-2002) insgesamt lediglich 29 Diphtherie-Erkrankungen, also durchschnittlich nur 1,3 Erkrankungen pro Jahr, gemeldet. Und das, obwohl durch die Impfung keine „Herdenimmunität" entsteht und auch Geimpfte Keimträger sein können (siehe oben). Gemeldet wurden in diesem Zeitraum übrigens 26 Todesfälle, was zeigt, dass die Erkrankung zwar sehr selten auftritt, aber meist schwer verläuft.

Statistisches Bundesamt, Erkrankungszahlen und Sterbefälle, gbe-bund.de 04.06.2015

GEBÄRMUTTERHALSKREBS (HPV)

WIRKLICHKEIT

Das Kondom verhindert 70 % der Infektionen und 100 % (!) der Gewebeveränderungen (so genannte CIN). Bei Frauen, deren Partner stets Kondome verwendeten, war das Risiko einer HPV-Infektion um 70 % reduziert … Es traten bei ihnen keine Gewebeveränderungen auf, in der Vergleichsgruppe, in der seltener bis gar nicht mit Kondom verhütet wurde, jedoch 14.

Condome Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women, Winer u. a., New England Journal of Medicine 2006; 354,S. 2645-54

(Übersetzung: Kondom und Risiko für HPV-Infektionen bei jungen Frauen)

KOMMENTAR

- Von dieser Möglichkeit der Prävention erfahren weder die Mädchen noch Jungs oder die ca. 30 Millionen Frauen, die aufgrund ihres Alters nicht geimpft werden können.
- Mitautorin an der Kondomstudie war Laura A. Koutsky. Sie leitete die großen Impfstudien (Future I und II) mit dem Impfstoff Gardasil, die ein Jahr danach veröffentlicht wurden.
- Aufgrund der Ergebnisse der Kondomstudie sind die Daten zur Schutzwirkung der Impfungen ohne Aussagekraft.
- Da in den Impfstudien nicht ermittelt wurde, wer Geschlechtsverkehr mit Kondom hatte, ist von einer Verzerrung (Bias) in unbekannter Größe auszugehen. Scheinbare Erfolge der Impfung könnten dem Kondom geschuldet sein.
- Dies macht eine Neubewertung notwendig, da der Nachweis, dass die Impfung Gewebeveränderungen als Vorstufen von Krebs verhindert, nicht erbracht ist.
- Die STIKO hat gegen ihre Geschäftsordnung verstoßen, da sie diese andere Möglichkeit der Prävention nicht bewertet hat.

……………………………

ANSPRUCH

Die übereinstimmende Einschätzung der die HPV-Impfung zulassenden und empfehlenden Stellen ist, dass die Impfstoffe ein hervorragendes Sicherheitsprofil und eine geringe Nebenwirkungsrate aufweisen … In den bisherigen Studien brachen nur sehr wenige Probandinnen (0,2 %) die Studienteilnahme aufgrund von Nebenwirkungen ab. Diese Abbrüche gab es in beiden Studienarmen und die Anzahl war vergleichbar zwischen Verum und Placebo … Die Nebenwirkungsraten unterscheiden sich nicht signifikant zwischen Verum- und Placeboempfängern.

Gross u. a., Impfprävention HPV-assoziierter Neoplasien (S3-Leitlinie), Laryngo-Rhino-Otol 2014; 93:848-56

WIRKLICHKEIT

- Da die Vergleichsgruppe als Placebo die Zusatzstoffe des Impfstoffs gespritzt bekam, fehlt der Nachweis für dessen akzeptable Sicherheit.
- Es wurde nur untersucht, ob die Zusatzstoffe vergleichbare UAW wie der komplette Impfstoff hervorrufen. Was offensichtlich der Fall war, wodurch der Schluss nahe liegt, dass die UAW bei diesem Impfstoff primär durch die Zusatzstoffe (u. a. Aluminiumverbindungen) verursacht werden. Alle UAW waren somit Impfstoffnebenwirkungen, der Beleg eines vertretbaren Risikos wurde nicht erbracht.
- Die Gabe eines solchen Placebos ist unethisch, da die Teilnehmerinnen nur Nachteile haben konnten, auch wenn deren Größenordnung vorher nicht bekannt war.

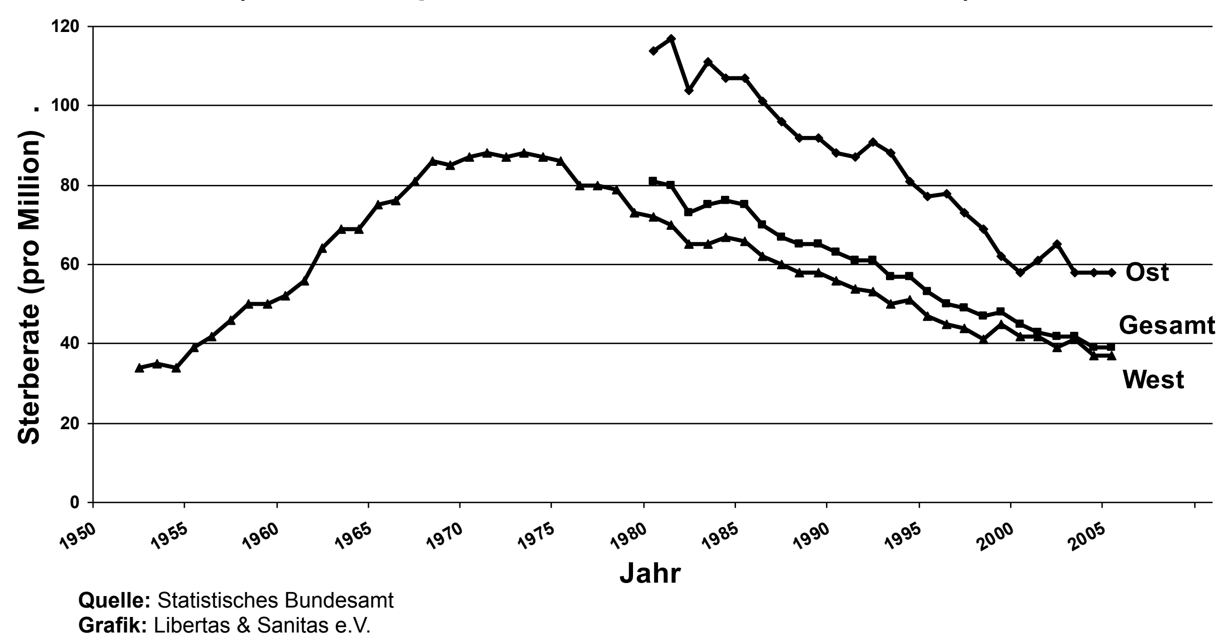
FAZIT

Weder Nutzen/Wirksamkeit noch Risiko wurden valide erfasst. Daher ist keine Nutzen-Risikobewertung möglich und es fehlt die Grundlage für Zulassung, Empfehlung und Anwendung.

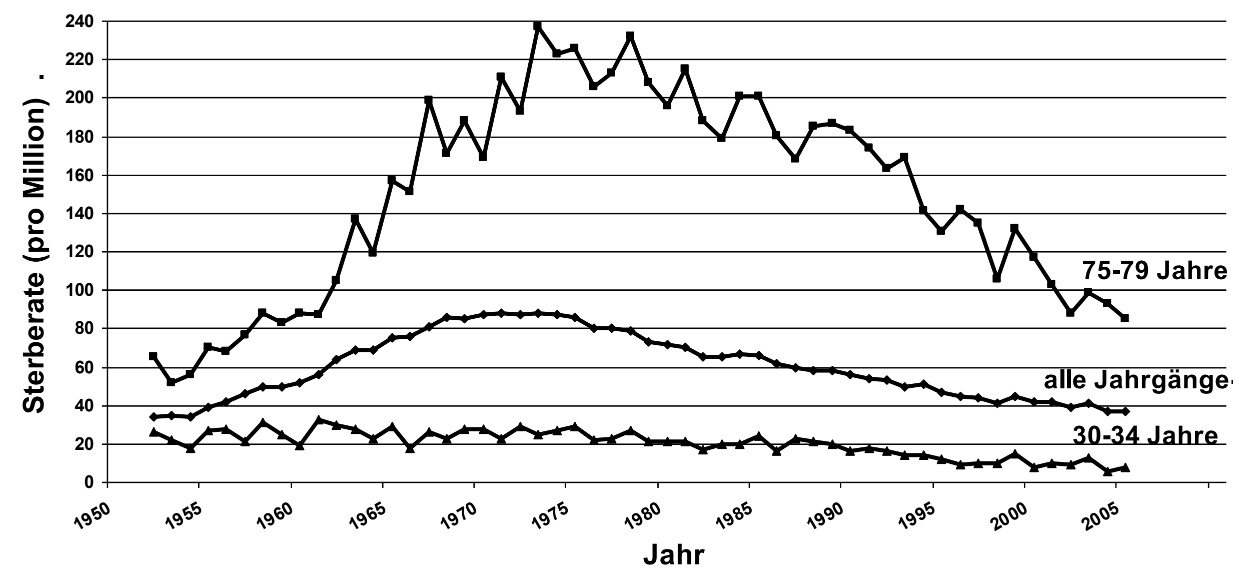
……………………………

WIRKLICHKEIT

Die folgenden Abbildungen zeigen, dass schon seit etwa 1975 die Sterberaten an Gebärmutterhalskrebs stetig sanken – ohne jegliche Impfung.



Fridrich, Die HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Aufklärung tut Not, Rundbrief 1/Februar 2008, Libertas & Sanitas.



Fridrich, Die HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Aufklärung tut Not, Rundbrief 1/Februar 2008, Libertas & Sanitas.

KOMMENTAR

Gebärmutterhalskrebs wird erst seit 1952 als eigenständige Todesursache gezählt.

Die Sterberaten liegen in den östlichen Bundesländern bzw. in der ehemaligen DDR um ca. 50 % über denen der westlichen. Welche Gründe hat das und warum befasst sich niemand damit?

Die starke Zunahme der Fallzahlen von 1952 bis ca. 1972 betraf vorwiegend die älteren Frauen, bei den jungen liegt ein stetiger Rückgang vor. Worauf ist das zurückzuführen, oder fiel es noch niemandem auf?

Schon vor Beginn der Zulassungsstudien war klar, dass diese keine Antwort auf die Frage liefern können, ob die Impfungen vor Gebärmutterhalskrebs schützen. Denn in der Altersgruppe der Mädchen und jungen Frauen tritt dieser sehr selten auf. Trotz der für Studien großen Teilnehmerinnenzahl war höchstens zufällig mit einem Krebsfall zu rechnen.

Bedenklich ist, dass von STIKO und anderen nicht auf bekannte Auswirkungen des Rauchens auf das Erkrankungsrisiko hingewiesen wird.

Mit HPV-16 infizierte Raucherinnen hatten ein 14fach höheres Krebsrisiko als nicht HPV infizierte Raucherinnen. Bei Raucherinnen mit hohen HPV-16 Konzentrationen lag das Risiko, an einem Zevixkarzinom (A. d. R.: Gebärmutterhalskrebs) zu erkranken, um das 27fache höher, als bei Nichtraucherinnen mit niedrigen HPV-Werten.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Schneller als das Virus! Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs, 1. Auflage Juli 2007; sie zitieren dabei aus Gunell u. a., Synergy between cigarette smoking and human papillomavirus type 16 in cervical cancer in situ, Cancer Epidemiology Biomakers & Prevention 2006; 15:2141-47

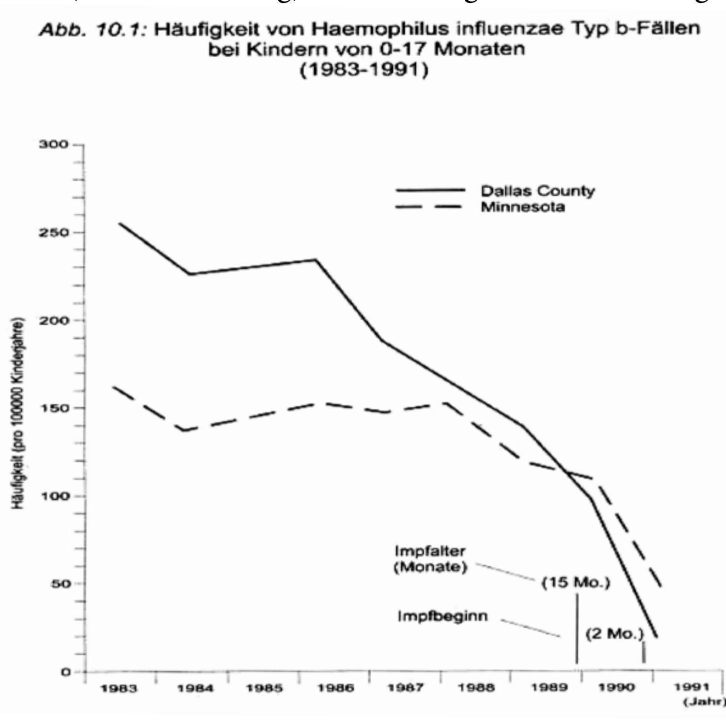
(Übersetzung: Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und HPV 16 bei Gebärmutterhalskrebs)

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYP B (HIB)

• Der Einfluss des Stillens blieb in den Studien unberücksichtigt. Zahlreiche Veröffentlichungen zeigten den positiven Einfluss des Stillens auf die Verhinderung einer Hib-Erkrankung. Das bedeutet, dass diese durch Flaschenkost begünstigt wird. Über eine solche Alternative ist auch von der STIKO und der BZgA aufzuklären.

(z. B. Silverdal u. a., Protective effect of breastfeeding on invasive haemophilus influenzae infections,International Journal of Epidemiology 1997, 26:443-50; übersetzt: Schutzwirkung des Stillens vor invasiven H. i.-Infekten)

• Studien u. a. aus USA belegen, dass der Rückgang der Hib-Erkrankungen keine Folge der Impfung war (siehe Abbildung): dieser erfolgte fast vollständig vor deren Anwendungsbeginn.



Murphy u. a., Declining Incidence of Haemophilus influenzae Typ B Disease since Introduktion of Vaccination, JAMA; 269; S. 246-48 (Rückgang der Hib-Erkrankungen seit Einführung der Impfung)

KOMMENTAR

Ehe man ab Oktober 1990 damit begann, die zwei Monate alten Säuglinge zu impfen, war die Krankheit schon fast verschwunden; das stellten die Autoren im Text auch mit Erstaunen fest. Dennoch lautet der Titel ihres Beitrags „Rückgang der Hib-Erkrankung seit Einführung der Impfung". Diesen Zeitraum nach Impfbeginn hatten sie jedoch gar nicht untersucht, wie die Abbildung auch zeigt!

Der Rückgang um ca. 92 % in Dallas County und ca. 73 % in Minnesota kann also keine Folge des Impfens gewesen sein, sondern muss andere Ursachen haben (egal, ob wir diese kennen oder nicht).

Dass es irreführend sein kann, Studien nur zu zitieren, statt sie aufmerksam zu lesen – im Internetzeitalter weitverbreitet, zur Not hilft halt Wikipedia – zeigt eine Veröffentlichung unter Mitwirken der WHO. Mit dieser wird die weltweite Anwendung der Hib-Impfung begründet. Bisher konnten sich die finanziell ärmeren Länder diese nicht leisten, das Geld gibt's nun von der Melinda- und Bill Gates-Stiftung. Als erste Quelle (von insgesamt 43!) wird dort obige Studie aus den USA genannt. Diese beweist jedoch gerade, dass es andere Gründe für das Sinken der Erkrankungszahlen gab und die Impfung dabei keine Rolle gespielt haben konnte.

Dies zeigt auch, wie sich ein krasser Irrtum unbemerkt fortsetzt!

Watt u. a., Burden of diseases caused by Haemophilius influenzae type b in children younger than 5 years: global estimates, Lancet 2009, 374: S. 903-11. (Übersetzung: Krankheitslast durch Hib bei Kindern unter fünf Jahren: weltweite Schätzungen)

• Die Analyse für Deutschland ergibt, dass die Gesamtzahl der Hirnhautentzündungen nicht zurückging (siehe nachfolgende Abbildung Seite 60 oben)

Abb. 10.2: »Andere bakterielle Meningitiden« (abM) und Hib-Impfungen (Haemophilus influenzae Typ b, Deutschland 1980-2000)

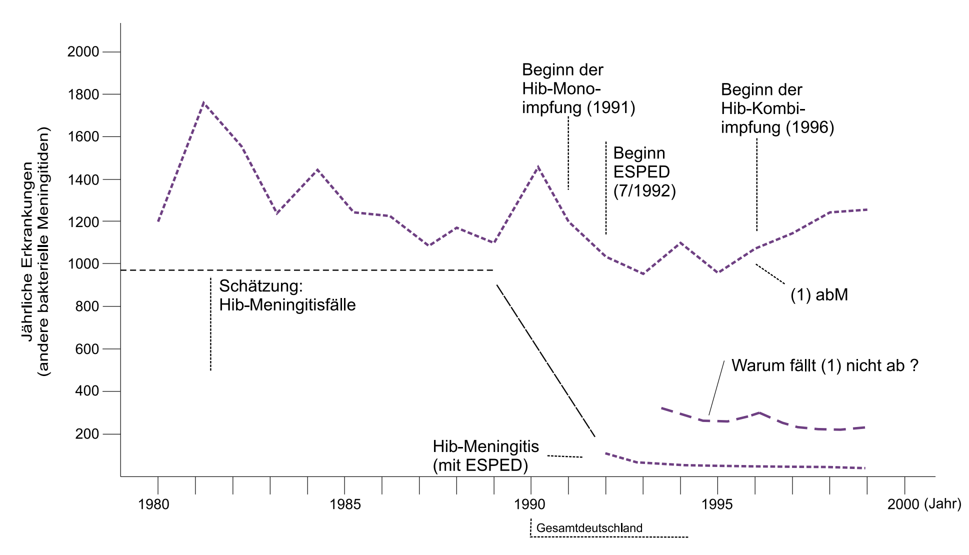


Abbildung: Hib-Impfungen: Auf der Suche nach der Wirksamkeit, Fridrich, Impfnachrichten 4/2004, S. 4-25
Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden/Bonn, andere bakterielle Meningitiden werden seit 1980 erfaßt, Meldepflicht endete 12/2000
(ESPED: Erfasssung schwerer pädiatrischer Erkrankungen in Deutschland)

Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

KOMMENTAR

Das aktive Erfassungssystem ESPED für invasive Hib-Erkrankungen setzte erst im Juli 1992 ein, Impfbeginn war schon 1990/91. Da aus der Vorimpfära keine verlässlichen Daten zur Entwicklung der Hib-Meningitis vorliegen, ist eine Bewertung des Einflusses der Impfung nicht möglich. Die Gesamtzahl der Meningitisfälle (obere Linie) fällt nicht ab, obwohl der Hib-Anteil von – vor Impfbeginn geschätzten – ca. 960 Fällen auf ca. 70 sank (unterste Linie rechts, mit ESPED ermittelt). Wenn die Daten vor Impfbeginn verlässlich wären, dann hätte die obere Linie ab Impfanwendung stark abfallen müssen (angedeutet mit mittlerer Linie rechts unten). Oder rufen einfach andere Erreger jetzt dieselben Krankheitssymptome (Meningitis) hervor? Welchen Sinn macht eine Impfung, die die Gesamtzahl an Hirnhautentzündungen nicht senkt? Spielen etwa ähnliche Einflüsse wie bei der Polio eine Rolle (siehe dort)?

Ein Blick auf die Abbildung aus USA zeigt, wie die Erkrankungszahlen ohne Impfung in kurzer Zeit sanken. Warum sollte das in Deutschland anders gewesen sein?

Auch der Rückgang in den östlichen Bundesländern ist, wie vorn im Kapitel „Grundsätzliches“ beschrieben, nicht durch die Impfung zu erklären. Die Meldegrundlagen wurden geändert. Auch lagen die anfänglichen Impfraten z. B. in Brandenburg nur bei 20-30 %. Das reicht sicher nicht, um eine Abnahme der Fallzahlen um über 90 % zu erreichen.

WIRKLICHKEIT

Das Krankheitsgeschehen wird noch nicht verstanden. Auch als 70 % der untersuchten Kinder im Atmungstrakt Hib-Erreger aufwiesen (ohne bekannten Erkrankungsfall im Umfeld) oder sogar 90 % der Kontaktpersonen eines Hib-Kranken, erkrankte von diesen niemand. Offensichtlich sind Empfänglichkeit und Abwehrvermögen des einzelnen entscheidend dafür, ob man krank wird.

Ward/Zangwill, Haemophilus influenzae Vaccines, Vaccines 1999, S. 183-221

KOMMENTAR

In den Henle-Koch-Postulaten wird beschrieben, wann ein Erreger die Ursache einer Krankheit sein kann. Eine Bedingung war, dass der Erreger beim Kranken nachweisbar sein und bei Gesunden stets fehlen muss. Das ist bei Hib (und nicht nur dort) offensichtlich nicht erfüllt. Logische Folgerung: Dann kann ein solcher Erreger nicht die Ursache der Krankheit sein und eine Impfung kann dann auch nicht schützen.

Die Experten müssen klären, ob sie wegen der Impfhypothese die Postulate aufgeben wollen, da das RKI nach Robert Koch benannt ist, der mit Henle die Postulate formuliert hat.

INFLUENZA (GRIPPE)

WIRKLICHKEIT

Ausbruchsgeschehen 1

- Von 60 Bewohnern erkranken 38 mit Influenzasymptomatik (63 %).
- Von den 38 Erkrankten waren 25 geimpft (66 %).
- Von den Erkrankten starben vier, davon drei Geimpfte (75 %).
- Ergebnis: Tödlicher Verlauf bei 12 % der Geimpften und bei 8 % der nicht geimpften.

Das RKI folgert:

- Impfung vermag die Auswirkungen der Influenza wesentlich zu begrenzen.
- Die Impfung verhindert weder die Erkrankung, noch einen schweren Verlauf.
- Impfempfehlungen weiter konsequent umsetzen.

RKI, Influenza-Häufung in einem Alten- und Pflegeheim in Mecklenburg-Vorpommern, Epidemiologisches Bulletin 17/2003, S. 133

KOMMENTAR

Worin sieht das RKI die begrenzende Wirkung der Impfung, wenn die Wahrscheinlichkeit zu sterben bei den Geimpften um 50 % höher lag als bei den Ungeimpften? Die Aussage, dass Impfungen manchmal die Erkrankung nicht verhindern können, aber diese dann leicht verläuft, ist hiermit widerlegt. Wie will man wissenschaftlich begründen, trotzdem weiter zu impfen?

Bitte beachten Sie, dass die Aussagekraft der errechneten Prozentwerte aufgrund der geringen Zahlen der Betroffenen eingeschränkt ist.

Der Impfstatus der 22 nicht erkrankten Bewohner war nicht zu erfahren. Es scheint niemanden zu interessieren, was diese gesund erhielt.

....

WIRKLICHKEIT

Ausbruchsgeschehen 2

	Wohnbereich IV (n=34)		Andere Wohnbereiche (n=111)	
Zeitgerechte Influenza-Impfung	Anteil erkrankt	Anteil nicht erkrankt	Anteil erkrankt	Anteil nicht erkrankt
Ja	12 (40%)	18 (60%)	4 (5%)	74 (95%)
Nein	3 (75%)	1 (25%)	2 (6%)	31 (94%)
Relatives Risiko (95% KI)	0,53	(0,26-1,09)	0,85	(0,16-4,40)

Tab. 1: Nach Wohnbereichen stratifizierte Analyse zur Berechnung der Effektivität der Influenza-Schutzimpfung (n = 145, davon 108 geimpft)

RKI, Influenza-Ausbruch in einem Seniorenheim in Brandenburg: Zur Effektivität der Schutzimpfung, Epidemiologisches Bulletin 12/2005, S. 99-101

Das RKI stellt fest:

- Wohnbereich IV: Impfung verhindert 47 % der Fälle.
- Andere Wohnbereiche: Impfung verhindert 15 % der Fälle.
- Bewohner mit einer zeitgerechten Grippeschutzimpfung hatten die gleiche Wahrscheinlichkeit zu erkranken wie ungeimpfte Bewohner.

KOMMENTAR

- Eigene Berechnung aus den Zahlenangaben ergibt: 16 von 108 geimpften Personen erkranken (14,8 %) und 5 von 37 ohne Impfung (13,5 %). Damit ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken bei nicht Geimpften geringer.
- Der Frage, was 32 nicht Geimpfte gesund erhielt, wenn gleichzeitig 16 Geimpfte erkrankten, wurde nicht nachgegangen.
- Man folgerte nicht, dass die Impfung überflüssig ist (abgesehen von möglichen Nebenwirkungen, die auch noch eine Gefahr darstellen).

Bitte beachten Sie auch hier, dass die Aussagekraft der errechneten Prozentwerte aufgrund der geringen Zahlen der Betroffenen eingeschränkt ist.

KEUCHHUSTEN (PERTUSSIS)

ANSPRUCH

Das Aussetzen der Impfempfehlung gegen Keuchhusten erfolgte, weil zum damaligen Zeitpunkt (durch das Impfen in den vergangenen Jahren) kaum noch Keuchhustenfälle vorkamen und Impfgegner behaupteten, der Keuchhustenimpfstoff führe zu Hirnschädigung. Nachdem wissenschaftliche Untersuchungen diese Behauptung zweifelsfrei widerlegt hatten, wurde die Pertussisimpfung wieder empfohlen. Folge der Kampagne war, dass wahrscheinlich einige hundert oder gar tausend Kinder in Deutschland – nicht notwendigerweise – an Pertussis sterben mussten. Millionen Kinder haben unter der Krankheit gelitten. Tausende haben bleibende Schäden davongetragen.

Nachdem die Behauptungen der Impfgegner wissenschaftlich einwandfrei widerlegt waren, wurde die Impfung wieder empfohlen.

Schmitt, Schutzimpfung 2003, S. 33-34, Infomed

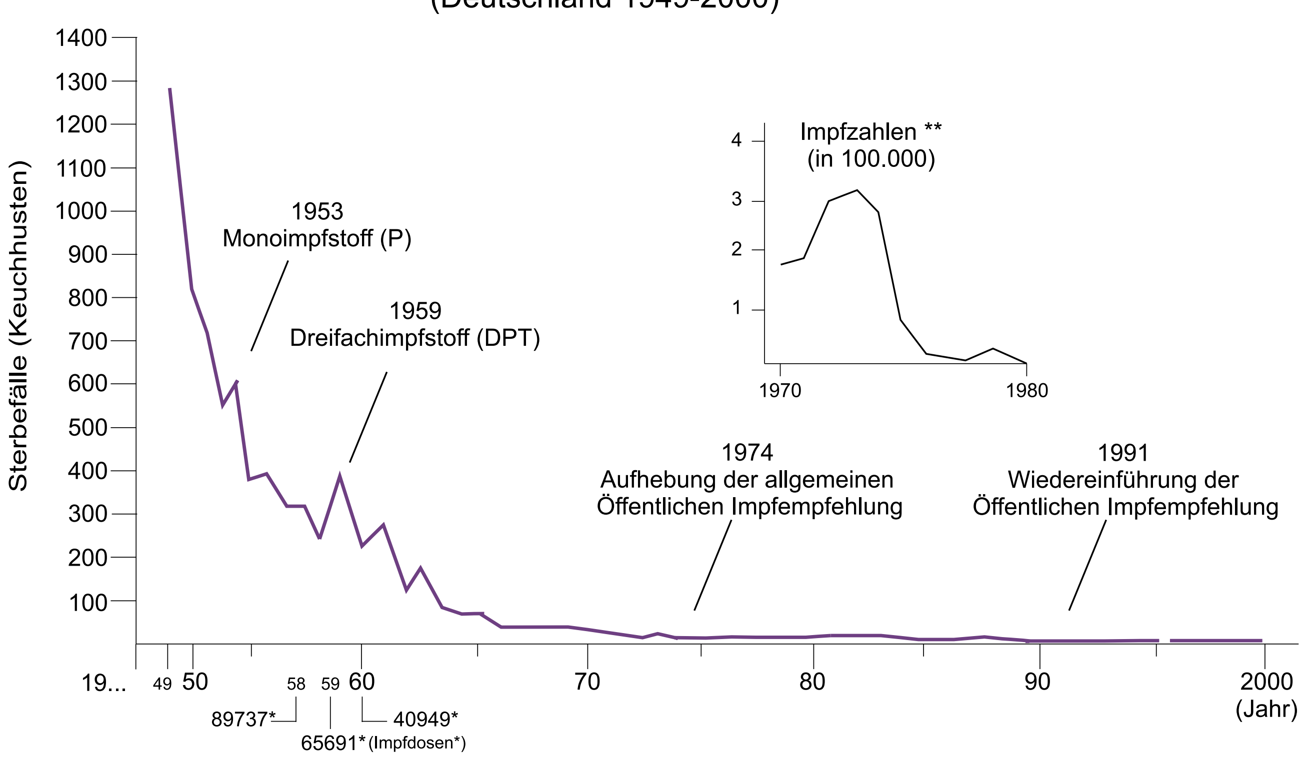
Für die Zeit des fehlenden Impfschutzes rechnete man allein für Deutschland mit rund 100.000 Pertussisfällen und wenigstens einigen Dutzend Todesfällen pro Jahr. Da die Meldepflicht für Pertussis aufgehoben war, lässt sich dies jedoch kaum noch rekonstruieren.

Schmitt, Prävention von Pertussis, Kinderärztliche Praxis 7/2000, S. 426-32

KOMMENTAR

Es fehlt jeglicher Beweis, dass der Rückgang der Erkrankungen dank der Impfung erfolgte. Es fehlen kontinuierliche Daten über die Impfraten. 1960 endete die Meldepflicht für Keuchhustenerkrankungen und besteht erst wieder seit 2013. Über 50 Jahre Impfprogramm verliefen ohne Überwachung der Krankheitshäufigkeit.

Abb. 5.1: Sterbefälle an Pertussis (Keuchhusten) + Impfzahlen (Deutschland 1949-2000)



Quelle: Statistisches Bundesamt, (Abbildung Friedrich 2003)
* Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der BRD von 1955-2004, Ehrengut, Books on Demand 2004, S. 149
**Schutzimpfungen durch Öffentl. Gesundheitsdienst in der BRD 1970-80, Bundesgesundheitsblatt 26/1983, S. 148 (Abbildung Fridrich 2003)

Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

Die Abbildung zeigt, dass die Anzahl der Sterbefälle an Keuchhusten nicht anstieg, als die allgemeine Impfempfehlung aufgehoben wurde. Der Rückgang der Todesfälle vollzog sich ohne Einfluss der Impfung. Er betrug innerhalb von nur drei Jahren schon ca. 57 % ohne Impfung und die Impfung beschleunigten ihn nicht. Knapp 90.000 Impfdosen reichten gerade, um ca. 10 % eines Jahrgangs 1 x, oder ca. 3 % vollständig zu impfen. Ein Einfluss auf den Verlauf war davon kaum zu erwarten. Selbst ca. 300.000 Impfungen 1972 reichten nur, um weniger als 50 % eines Jahrgangs einmal zu immunisieren oder ca. 15 % vollständig.

Die Aussetzung der Impfung dauerte in West-Deutschland von 1974-1991. In diesen Jahren ohne Impfung gab es ca. 110 Todesfälle, im selben Zeitraum davor mit Impfung (sie startete 1953) über 1.000. Lässt sich damit eine positive Wirkung der Impfung beweisen? Bis heute werden in USA Hirnschäden nach der (alten) Keuchhustenimpfung entschädigt.

Evans u. a., Legal issues, Vaccines 2008, 1651-76

Ehrengut beschrieb aus Hamburg, dass die Krankenhausaufnahmen wegen Keuchhusten nicht zunahmen, als dort schon von 1962 bis 1991 nicht mehr geimpft wurde:

26 *3.2 Die Keuchhusten-Schutzimpfung*

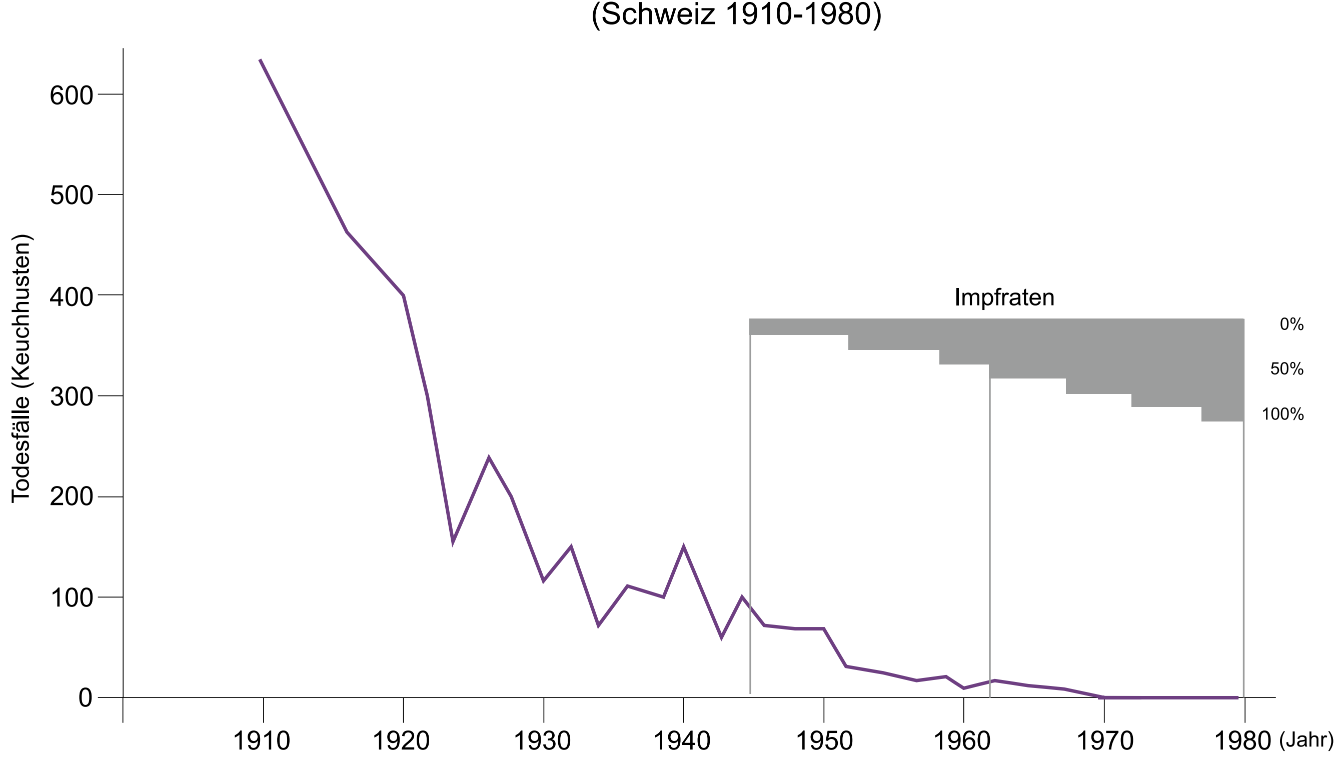
1956	1970	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
3,7%	0,8%	0,45%	0,49%	0,58%	0,89%	0,43%	0,25%	0,33%

Tabelle 2: Anteil der Pertussis-Kranken der Kinderkliniken in Hamburg (nach: [EHRENGUT 1984c])

Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland von 1955- 2004, Ehrengut, Books on Demand, 2004, S. 24

Auch für die Schweiz gilt: die Zahl der Todesfälle ist weit über 80 % zurückgegangen, bevor man mit der Impfung begann. Danach fiel die Kurve nicht steil ab, wie man es von einer wirksamen Maßnahme erwarten würde, sondern verflachte.

Abb. 5.3: Keuchhusten (Pertussis) - Todesfälle
(Schweiz 1910-1980)



Quelle: Tönz., O. : Keuchhustenimpfung. Therapeut. Umschau 40 (1983), S. 203
aus: Impfen - Das Geschäft mit der Angst, Buchwald, Knaur 2000

Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

••••••••••••••••••••••••••••••••••

WIRKLICHKEIT

Von den 36 erkrankten Kindern waren 12 vollständig und 24 unvollständig bzw. ungeimpft. Bemerkenswert sind die Erkrankungen von fünf vollständig geimpften 6-10jährigen und sieben ebenfalls vollständig geimpften 11-16jährigen Kindern … Erwartungsgemäß erwiesen sich die Schüler der Jahrgänge 1983/84 und 1985/86 als am besten gegen Pertussis immunisiert. Allerdings sind auch hier etwa 20 % der Kinder ungeimpft … An die engsten Kontaktpersonen bzw. ihre Eltern wurden Merkblätter verteilt. Darin enthalten waren Hinweise auf Übertragungsmöglichkeiten bei nicht oder nicht vollständig Geimpften …

Oppermann, Beispiel einer Pertussis-Häufung in Sachsen-Anhalt,
Epidemiologisches Bulletin 17/2000, S. 138/9

KOMMENTAR

Wie viele der 24 unvollständig bzw. ungeimpften Kinder waren gar nicht geimpft? Fehlt diese Angabe, weil es nur wenige nicht geimpfte gab? Bei den älteren Jahrgängen erwartete man höhere Impfquoten, da sie zu DDR-Zeiten geimpft worden waren. Trotz damaliger Impfpflicht waren von den ältesten nur 69 % und den zweitältesten nur 60 % vollständig geimpft. Das bedeutet, dass es ein Fehler ist, wenn man bei bestehender Impfpflicht einfach von hohen Impfraten ausgeht. Es zählt auch hier nur der Beweis. Da die Merkblätter die Übertragungsmöglichkeit bei Geimpften nicht beinhalteten, glaubte man bisher, dass diese nicht an Keuchhusten erkranken.

……………………………………

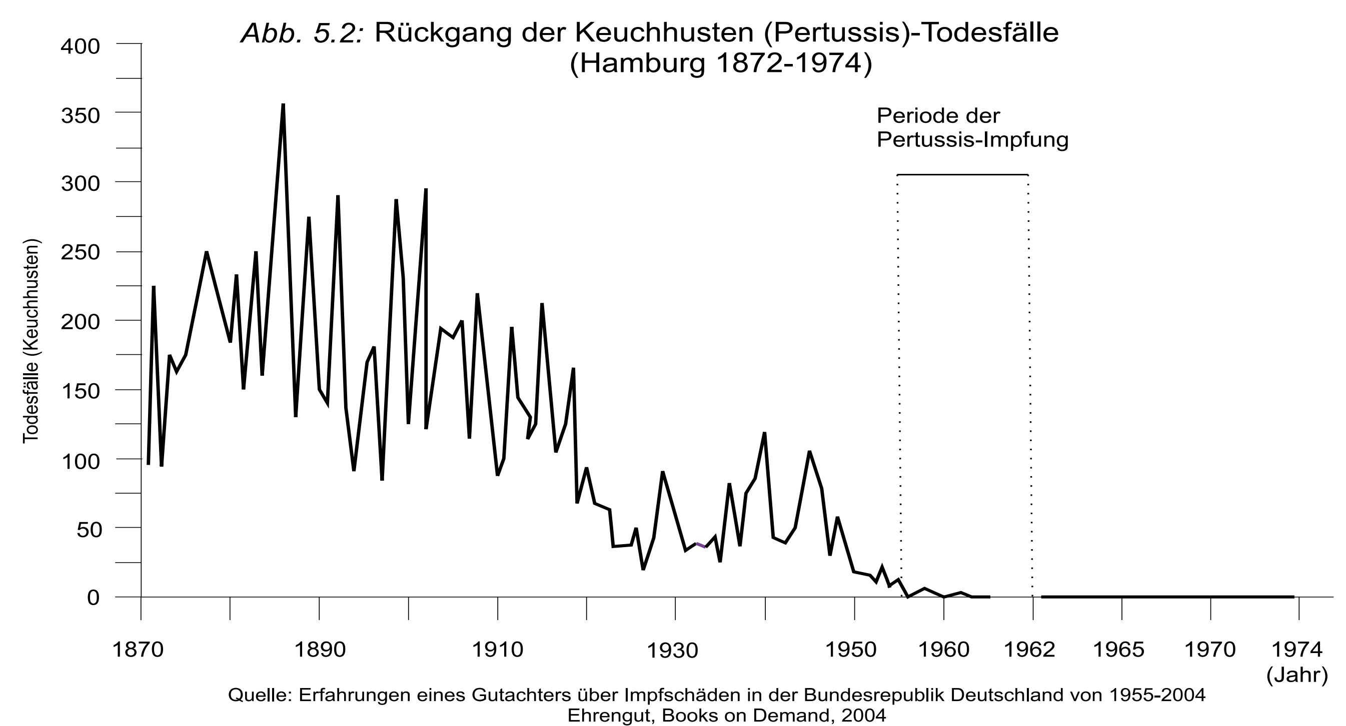
WIRKLICHKEIT

Von 1056 Erkrankten (69,5 %) war der Impfstatus bekannt … 392 waren nicht, 181 unvollständig geimpft und 483 der Erkrankten (45,7 %) hatten mindestens vier Impfungen erhalten … Pertussis kann durch die Impfung nicht eliminiert, aber entscheidend reduziert werden.

Elsäßer, Pertussis im Land Brandenburg im Jahr 2000, Epidemiologisches Bulletin 34/2001, S. 260/1

KOMMENTAR

Eine Bewertung kann nicht vorgenommen werden, da von ca. 30 % kein Impfstatus vorliegt. In dieser Veröffentlichung zeigt eine Tabelle, dass auch 11 vollständig geimpfte Kinder bereits zwischen 1 und <5 Jahren erkrankt waren. Das weist darauf hin, dass der Impfschutz schon vor dem Schulalter nachlässt.



Die Abbildung widerlegt zwei Irrtümer, von denen ausgegangen wird:

1. Der Rückgang der Todesfälle sei eine Folge des Impfens.
2. Ohne Impfung nehmen schwere Verläufe (Todesfälle) zu.

KINDERLÄHMUNG (POLIO, POLIOMYELITIS)

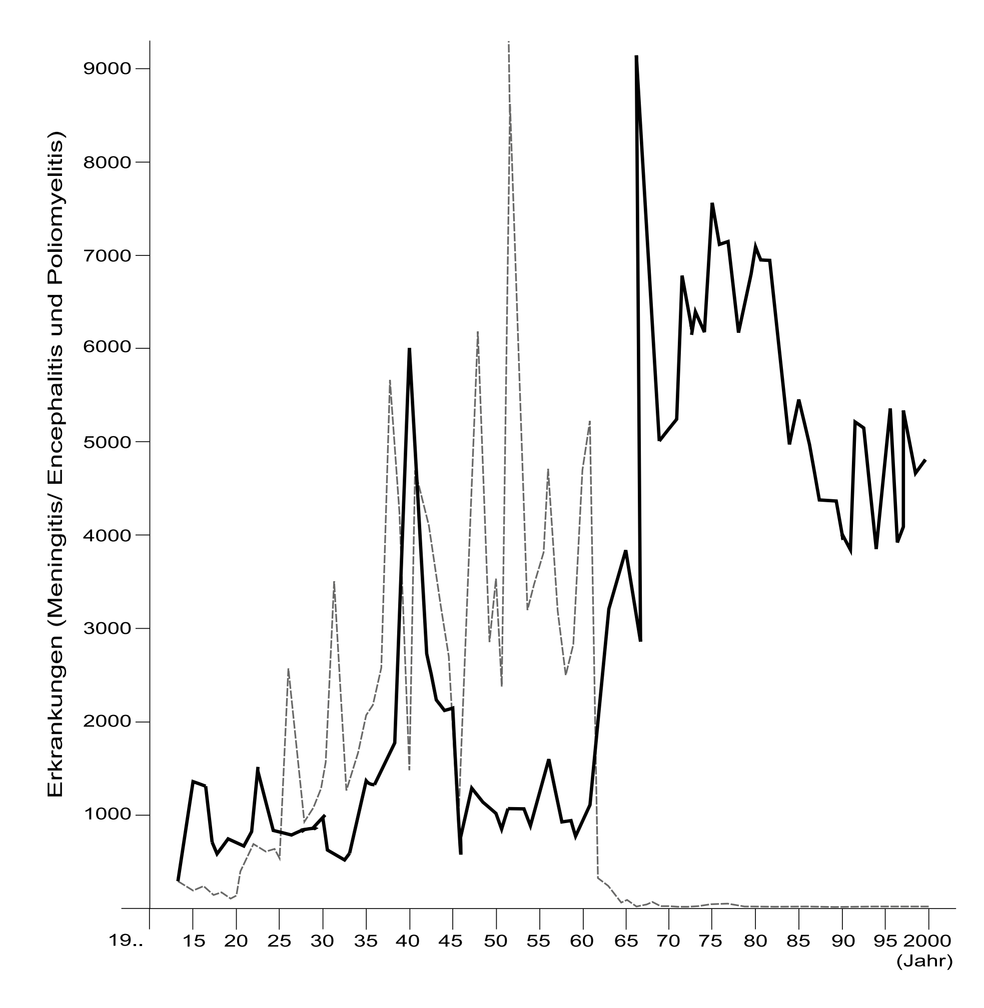
Wegen vieler sehr unterschiedlicher Einflüsse ist es praktisch nicht möglich, eine saubere Zuordnung hinsichtlich der wahren Häufigkeit der Erkrankung durchzuführen … Die Diagnose schwankte zwischen Poliomyelitis und Syphilis *(A. d. A.: weil, wie er ausführt, Syphiliskranke mit Arsen behandelt wurden, was polioähnliche Lähmungen auslöste)* … Es wurde in zunehmendem Maße angenommen, dass die Mehrzahl der abakteriellen Meningitiden besonders der Sommermonate durch das Polio-Virus bedingt seien. Wenn die Fälle außerhalb einer Poliomyelitis-Epidemie auftraten, wurde eine andere Diagnose gestellt: idiopathische *(A. d. A.: ohne erkennbare Ursache),* gutartige Meningitis mit akutem oder subakutem Verlauf … Da die Polioviren *(A. d. A.: dank Impfung)* nicht mehr da sind, können sich andere Enteroviren vermehren. Das erklärt, dass die Meningitiden sich trotz dem Verschwinden der Polio nicht verringerten.

Fanconi, Der Wandel der Medizin, Huber 1970

KOMMENTAR

Fanconi war zeitweise Präsident des Weltkinderärzteverbandes. Er beschrieb sehr gut andere mögliche Ursachen für polioähnliche Krankheitserscheinungen, z. B auch Medikamente. Seine Schlussausführungen lassen sich für Deutschland sehr gut mit einer Abbildung darstellen.

Abb. 6.3: Vergleich des Erkrankungsverlaufs (Deutschland 1914-2000)
von Meningitis/ Encephalitis
(Hirnhautentzündung/ Gehirnentzündung)
mit Poliomyelitis (Kinderlähmung)



Quelle: Meldepflichtige Krankheiten, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden/Bonn
(Abbildung: Fridrich 2004)

Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

Es ist hier gut zu erkennen, dass zur selben Zeit, als die Polioerkrankungen schlagartig sanken, die Hirnhautentzündungen entgegengesetzt zunahmen. Dieser Vergleich ist naheliegend, denn die 3. Phase der Polio wird auch als aseptische Meningitis bezeichnet. Mit Anwendung der Impfung wurde die Falldefinition der Polio konkretisiert: Es wurde nur noch als Fall gezählt, wenn mindestens 60 Tage bleibende Lähmungen vorlagen. Da solche bei 99,9 % der Fälle nicht auftreten, verschwanden diese aus der Poliostatistik: es blieben nur noch 0,1 % übrig.

Gleichzeitig musste (mindestens) eine andere Diagnose zunehmen: Die Fälle mit kürzer andauernden Lähmungen tauchen bei Meningitis/Encephalitis auf (siehe massiver Anstieg ab Impfbeginn). Vor 1960 traten, außer während des 2. Weltkriegs, ca. 1.000 Fälle auf, seit etwa 1990 sind es 4.000 bis 5.000 – ein Fortschritt? Auffallend ist auch der Rückgang dieser Diagnose Meningitis/Encephalitis von Mitte der 70er Jahre bis ca. 1990. In dieser Periode wurde in Deutschland die Keuchhustenimpfung nicht mehr empfohlen. Es wäre zu prüfen, ob ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

....

Hier sei auch auf Untersuchungen des amerikanischen Arztes Benjamin Sandler hingewiesen. Er stellt Mitte des letzten Jahrhunderts fest, dass sich Polio durch die Vermeidung von isoliertem Zucker (Fabrik- oder Industriezucker genannt) in Speisen und Getränken, von Auszugsmehlen und körperlicher Überanstrengung eindämmen ließ.

Sandler/Bruker, Vollwerternährung schützt vor Viruserkrankungen, emu-Verlag 1986

MUMPS

Auf Mumps gehen wir etwas ausführlicher ein, da die Krankheit in Deutschland erst seit 2013 meldepflichtig ist, obwohl die Impfung schon ca. 40 Jahre angewandt wird. Das heißt, dass es für diesen Zeitraum z. B. keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit von Mumps gibt und damit auch keine Möglichkeit, die Wirksamkeit der Impfung zu beweisen.

• STIKO-Empfehlung für eine Impfung 1976, für die 2. Dosis ab 1991, Meldepflicht für Mumps erst 2013.

• Zahlreiche weltweite Ausbrüche mit einem großen Teil 2fach Geimpfter. Deren Anteil betrug z. B. in Iowa, USA 89 %, Tschechien 87 %, New York 75 %, Israel 67 %, Niederlande 61 %.

⬩ **KOMMENTAR:** Kann man da noch von Schutzimpfung sprechen und wird darüber aufgeklärt?

• Mindestens 30-40 % der Infektionen verlaufen ohne klinisch wahrgenommene Symptomatik oder subklinisch; der Großteil der Mumps-Infektionen im Alter bis zwei Jahre verläuft subklinisch. Die Immunität nach durchgemachter inapparenter oder symptomatischer Erkrankung besteht in der Regel lebenslang.

⬩ **KOMMENTAR:** Das bedeutet, dass viele Erkrankungen, auch Geimpfter, nicht erkannt werden können. Und eine unbestimmte Zahl hatte schon vor der Impfung Mumps.

• In 1-10 % der Fälle werden symptomatische aseptische Meningitiden beobachtet, die jedoch nicht mit Spätfolgen oder letalem Ausgang assoziiert sind. Dies ist anders bei der Enzephalitis (<1 % der Mumps-Fälle), bei der in 1,5 % Todesfälle verzeichnet werden.

• **KOMMENTAR**: Wenn diese Angaben zutreffen, dann wäre Mumps viel gefährlicher, als Masern, wo nur bei 0,1 % eine Enzephalitis auftritt. Bei nur 1.000 Mumps-Fällen könnten bis zu 100 eine Hirnhautentzündung erleiden. Wieso dreht sich alles um die Masernausrottung, und um Mumps bleibt es ganz still? Warum gibt es für eine so schreckliche Krankheit erst seit 2013 eine Meldepflicht?

• Die Impfraten bei Schuleingangsuntersuchungen für 1 Dose/2 Dosen: 1999 90 / 15 %, 2004 93 / 65 % und 2009 96 / 90 %.

• Impfquoten im Erwachsenenalter (Schleswig-Holstein 2003): 85 / 55 % bei 15-19jährigen, 52 / 17 % (20-29j.), 10 / 4 % (30-39j.), 4 / 2 % (ab 40j.).

STIKO, Änderungen der Empfehlung zur Impfung gegen Mumps, Epidemiologisches Bulletin 31/2012 (6.8.), S. 314-18

Bader/Egler, Initiativen zur Steigerung der Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein – Impfschutz bei Erwachsenen in der Arbeitswelt 2003, BGesBl. 12/2004, S. 1204-15

WIRKLICHKEIT

• Im Vergleich zu Ausbruchsgeschehen vor Einführung der Mumpsimpfung Verschiebung von Mumpserkrankungen in höhere Altersgruppen (weltweit).

• Vermehrt Erkrankungen unter zweifach geimpften Personen.

• Vollständige Immunisierung mit zwei Impfungen schließt bei entsprechender Symptomatik die Differentialdiagnose Mumps nicht aus.

• Problem: Einige Ärzte ziehen bei zweifach Geimpften Mumps nicht in Betracht.

Mumpsausbruch an einer Grundschule in Nürnberg 2011, Epidemiolog. Bulletin 22/2012, S. 205-11

Tendenziell zeichnete sich in den letzten Jahren in Deutschland eine Zunahme der Zahl von Mumpsausbrüchen ab.

Koch/Takla, Effekte der Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Impfung auf die Epidemiologie von Mumps in Deutschland, BGesBl. 9/2013, S. 1305-12

KOMMENTAR

Damit scheinen immer höhere Impfraten, insbesondere für die 2. Dosis, keinen positiven Einfluss zu nehmen. Auch wurde festgestellt, dass die Ärzteschaft dazu neigt, bei Erkrankungen von Geimpften andere Diagnosen zu stellen bzw. nicht zu melden. Dadurch entsteht der Eindruck einer schützenden Impfung, obwohl Versagen häufig ist. Dasselbe wurde früher schon von Keuchhusten und Masern berichtet. Es stellt sich die Frage, ob dies nicht ein grundsätzliches Problem ist, das für alle Impfungen gilt.

WIRKLICHKEIT

Informationen zum Impfstatus *(A. d. A.: in den östlichen Bundesländern von 2001 bis 2012)* lagen für 509 (59,3 %) der übermittelten Mumpsfälle vor, 350 (68,6%) der Erkrankten waren ungeimpft, 159 (31,2 %) von ihnen hatten mindestens 1 Impfung erhalten *(A. d. A.: insgesamt gab es 858 Fälle).* Von den Geimpften waren 40,3 % einmal, 44,7 % zweimal und 1,3 % viermal geimpft; bei 13,8 % fehlten Angaben zur Anzahl der Impfungen … Von 835 (97,3 %) Mumpsfällen war der Hospitalisierungsstatus bekannt: bei 51 (6,1 %) von ihnen war eine stationäre Behandlung erforderlich.

Koch/Takla s.o.

KOMMENTAR

Somit waren unter den Erkrankten mit bekanntem Impfstatus 64 (12,6 %) einmal und 71 (13,9 %) zweimal geimpft. Da von über 40 % der Impfstatus unbekannt ist und von fast 14 % die Zahl der Impfdosen fehlt, ist eine valide Bewertung des Versagens der Impfung nicht möglich. Falls alle Personen ohne Impfstatus, nämlich 349, geimpft waren, beträgt deren Anteil 59,2 %. Wegen der mangelhaften Daten ist auch der Effekt der 2. Dosis nicht ermittelbar. Da bei den im Krankenhaus Behandelten der Impfstatus fehlt, ist auch keine Bewertung der Bedeutung der 1./2. Impfung möglich.

WIRKLICHKEIT

Aufgrund der in den WBL *(A. d. A.: westlichen Bundesländern)* bis 2013 fehlenden Meldepflicht gibt es kaum Daten zur Demografie und zum Impfstatus Mumpserkrankter bei Ausbrüchen in den Bundesländern, in denen bereits seit 1976 eine Impfempfehlung besteht.

Koch/Takla s.o.

KOMMENTAR

Beim Impfen können die deutschen Bundesbehörden froh sein, dass es die östlichen Bundesländer gibt. Denn diese liefern wenigstens einige brauchbare Informationen – und sie zeigen, woran es im Westen mangelt: an belastbaren Daten, um überhaupt eine seriöse Bewertung der Impfungen vornehmen zu können. Seit 1964 gab es in der DDR eine Meldepflicht für Mumpserkrankungen, bis 2001 führten die östlichen Bundesländer das Meldesystem fort und seitdem erfassen sie die notwendigen Daten im Rahmen von Landesverordnungen. Erst seit 2013 gibt es eine deutschlandweite Meldepflicht für Mumps.

WIRKLICHKEIT

Von den 295 gemeldeten Fällen wurde für 57 (19 %) eine Hospitalisierung angegeben. Ein Impfstatus konnte für 217 (73,6 %) Fälle erhoben werden: 125 (57,6 %) Erkrankte waren ungeimpft, 92 (42,4 %) hatten mindestens eine Impfung erhalten: 38 (17,5 %) waren einmalig, 53 (24,4 %) zweimalig und eine Person (0,5 %) dreimalig geimpft. *(Anmerkung der Autoren: überregionaler Ausbruch 2010/2011 in Bayern)*

Koch/Takla s.o.

KOMMENTAR

Hier gibt es einmal Daten aus dem Westen. Von mehr als einem Viertel (78) fehlt jedoch der Impfstatus, ebenso bei den im Krankenhaus Behandelten. Damit ist auch hier eine valide Bewertung nicht möglich. Die 2. Impfung scheint nicht zu schützen, es erkranken mehr zweimal als einmal Geimpfte.

POCKEN

Allgemeines

Mit dem Impfstoff gegen Pocken fing das Impfen im heutigen Sinn an. Die Überzeugung vom Segen der Impfungen gründet auf dem angenommenen Erfolg bei der Ausrottung der Pocken.

Mit weiteren Impfstoffen gegen andere Krankheiten will man diesen Erfolg wiederholen.

Jenner, der Vater der Pockenimpfung, entwickelte diesen ca. 140 Jahre, bevor Mikroskope zur Verfügung standen, um winzige Partikel wie Viren erkennen zu können.

....

WIRKLICHKEIT

Die auslösenden Viren waren mittlerweile identifiziert worden, was ja für die Entwicklung eines Impfstoffs Voraussetzung ist.

Heininger, Handbuch Kinderimpfung, S. 21 (Kap. Impfstoffe gegen Viren), Irisiana 2004

KOMMENTAR

Niemand fragt sich, wie dann der Jennersche Pockenimpfstoff oder die Pasteursche Tollwutimpfung hergestellt werden und auch noch (verlässlich) wirken konnten. Beide wussten weder, was da enthalten, noch was nicht drin war.

....

WIRKLICHKEIT

<u>Zeitraum 1816 bis 1930</u>

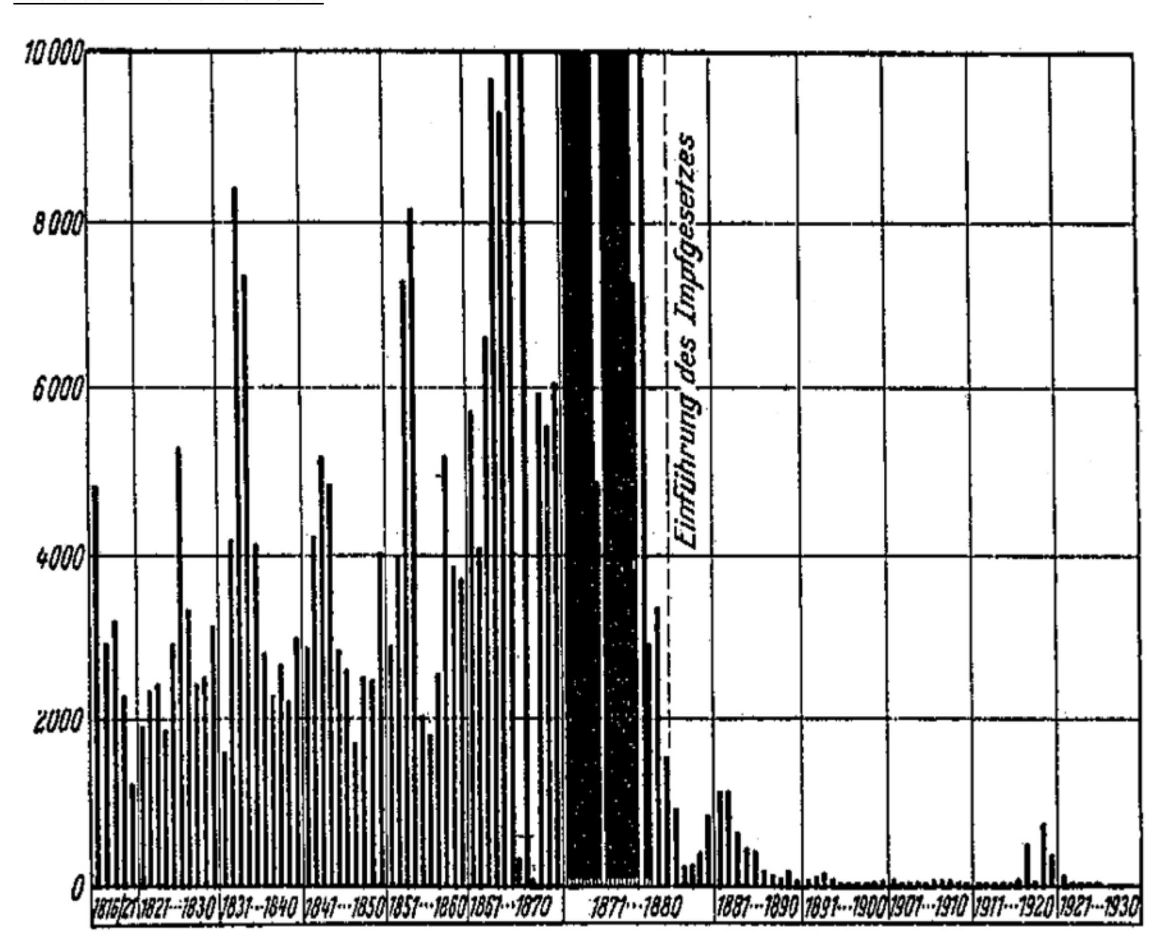


Abb. 1 Pockentodesfälle im Deutschen Reich. Absolute Zahlen

Buchwald, Impfen – Das Geschäft mit der Angst, emu Verlag 1994 (aus Breger: Pocken und Impfstatistik im Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung von Lentz und Gins, 1927)

Die Impfung, die ab 1807 zunehmend angewandt wurde, nahm keinen erkennbaren Einfluss auf den Verlauf der Pockentodesfälle. Sie konnte auch den Ausbruch während des Deutsch-Französischen Kriegs 1871/72 nicht verhindern. Danach sanken die Todesfallzahlen unter das Niveau der Vorkriegszeit.

Bei oberflächlicher Betrachtung entsteht der Eindruck, dass das Reichsimpfgesetz, das am 01.04.1875 in Kraft trat und die Pflichtimpfung im 2. und im 12. Lebensjahr gesetzlich vorschrieb, dafür verantwortlich war.

Wir erinnern an unsere Ausführungen im Kapitel „Grundsätzliches“: Eine solche Abbildung stellt ab dem Beginn einer Maßnahme allein keinen Beweis dar. Es ist eine häufige Fehlinterpretation, bei der man aus einem bloßen zeitlichen Zusammenhang (koinzident) einen ursächlichen (kausal) macht. Klarheit verschafft das nächste Bild.

<u>Zeitraum 1865-1882</u>

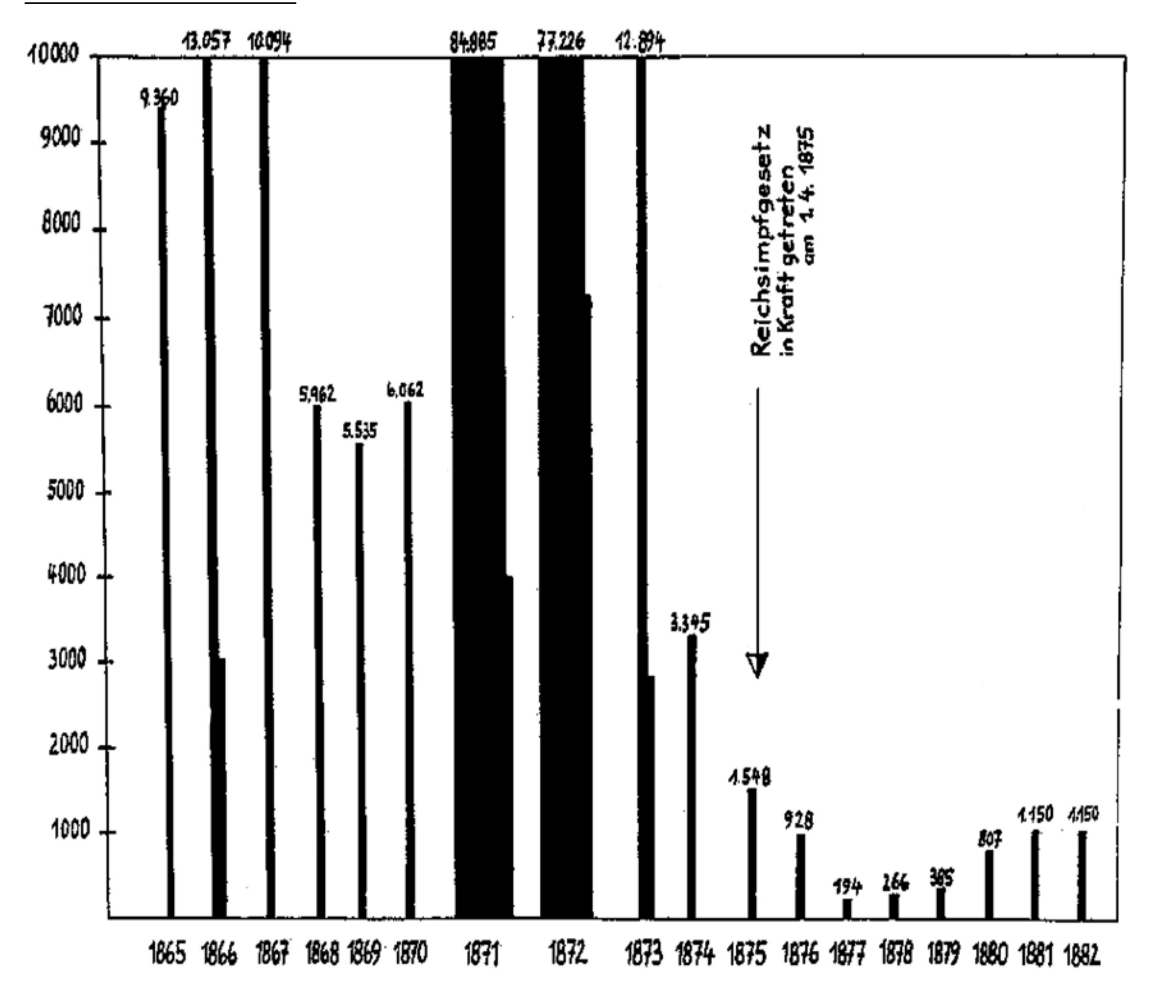


Abb. 2 Todesfälle an Pocken im Deutschen Reich nach Breger: Pocken u. Impfstatistik im Hdb. der Pockenbekämpfung und Impfung von Lentz u. Gins, Berlin 1927

Buchwald, Impfen – Das Geschäft mit der Angst, emu Verlag1994 (nach Breger: Pocken und Impfstatistik im Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung von Lentz und Gins, 1927)

Hier ist deutlich zu erkennen, dass das Impfgesetz erst nach dem Rückgang, und zwar auf ein Niveau unter der Vorkriegszeit, in Kraft trat. Somit kann es nicht die Ursache für die Veränderung sein.

ROTAVIREN

ANSPRUCH

Da andere Präventionsstrategien wie z. B. Hygienemaßnahmen RV-Infektionen nicht effektiv verhindern können, stellt die RV-Impfung die geeignetste Maßnahme zur Vorbeugung einer RV-Gastroenteritis *(A. d. A.: Durchfallerkrankung)* dar.

Mitteilungen der Ständigen Impfkommission (STIKO): Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen in Deutschland, BGesBl. 7/2013, S.955

WIRKLICHKEIT

Eine Studie aus Mexiko ergab, dass sich durch die RV-Impfung das Risiko für eine RV-Durchfallerkrankung um ca. 60 % reduzierte. Doch Stillen wirkte doppelt so gut, das Erkrankungsrisiko war nur halb so hoch wie bei der Impfung.

Ausführlich haben wir darüber im Kapitel „Alternativen zu Impfungen" informiert.

KOMMENTAR

Die STIKO hat erst 2013, sieben Jahre nach der Zulassung, die RV-Impfung empfohlen. Erstmals nahm sie eine umfangreiche Bewertung nach den Kriterien der evidenz-basierten Medizin (die auf bestmöglicher Beweislage basiert) vor, was zeitaufwendig ist. Allerdings versäumte sie es, das Stillen als Einflussfaktor zu berücksichtigen. Dadurch muss auch von einer Einschränkung der Aussagekraft aller Zulassungsstudien in unbekanntem Umfang ausgegangen werden. Denn dort war Stillen ebenfalls nicht als Kriterium beachtet worden.

Die STIKO ist hier ihrer Verpflichtung aus der Geschäftsordnung, Alternativen zu prüfen, nicht nachgekommen! Dort heißt es in § 1 Aufgaben: Dazu wertet die Kommission … Daten zu … sonstigen Möglichkeiten der Prävention und Möglichkeiten der Therapie der übertragbaren Krankheit aus …

Es war schon vor den Studien klar, dass Stillen bei Durchfallerkrankungen schützend wirkt. Dennoch wurde das Stillverhalten der Mütter nicht erfragt. Die WHO selbst hält es sogar für erforderlich, nicht nur „Stillen – ja/nein" abzufragen, sondern detailliert zu klären, ob ausschließlich, überwiegend, teilweise oder nicht gestillt wurde, und wie lange.

Bhandari u. a., Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial, Lancet 2003; 361: 1418-23 (übersetzt: Einfluss des in einer Gemeinschaft geförderten ausschließlichen Stillens auf Durchfallkrankheiten und Wachstum: ein mit Zufallsauswahl durchgeführter Versuch)

Das Stillen hat den zusätzlichen Nutzen, dass es auch das Risiko für Durchfall aus anderen Gründen verringert. Auch hier ist zu überprüfen, ob die Ethikkommissionen ihrer Aufgabe gerecht wurden und die Teilnehmerinnen ausreichend über die Zusammenhänge informiert wurden.

TETANUS (WUNDSTARRKRAMPF)

Allgemeines

Wer an Tetanus erkrankt, entwickelt keine Immunität. Das bedeutet, dass man mehrfach erkranken kann. Die Impfung löst dagegen eine Antikörperreaktion aus, wodurch ein Schutz vor einer Erkrankung erreicht werden soll. Man geht davon aus, dass man die Natur verbessert hat. Zu beachten ist auch, dass Tetanus keine übertragbare, ansteckende Krankheit ist und die Impfung nur den Einzelnen schützt. Bei den meisten anderen Impfungen gegen übertragbare Krankheiten beabsichtigt man, durch hohe Impfraten eine Herdenimmunität zu erreichen. Dadurch sollen auch die geschützt werden, die z. B. aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.

WIRKLICHKEIT

Sein Impfstatus bezüglich Tetanus war vollständig (drei Impfungen im 1. Lebensjahr, eine Auffrischimpfung mit 13 Jahren) … Im Hinblick auf den anti-Tetanus-Titer ist zu beachten, dass der Titer generell die Summation aus protektiven und nichtprotektiven Antikörpern darstellt.

… Der Patient entwickelte einen fulminanten *(A.d.A.: blitzartig auftretend, schnell und heftig verlaufend)* Tetanus, obwohl sein anti-Tetanus-Titer im Blut einen ausreichenden Schutz suggerierte *(A. d. A.: 50mal höher als die sichere Schutzschwelle)* … Schlussfolgerung: Atypischer Tetanus muss bei Patienten mit neurologischen Symptomen als seltene Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden, auch wenn ein scheinbar ausreichender Impfschutz vorliegt.

RKI, Fallbericht einer Tetanuserkrankung mit atypischen Verlauf, Epidemiologisches Bulletin 24/2008, 13.6.2008, S. 193-95

KOMMENTAR

Der 14jährige Junge erkrankte ein Jahr nach seiner Auffrischimpfung. Er wurde vier Tage ohne Erkennen der Krankheit intensivmedizinisch behandelt, weil er zeitgerecht alle notwendigen Impfungen erhalten hatte und bei Einlieferung einen 50fach höheren Titer als notwendig aufwies.

WIRKLICHKEIT

Aus der ersten repräsentativen Studie über den **Impfstatus Erwachsener** in Deutschland:

Impfschutzraten (in %) gegen Diphtherie und Tetanus *in der Gesamtgruppe* (die Altersgruppen der unter 20- bis zu 60-Jährigen und älter wurden zusammengefasst)

		Diphtherie [%]	Tetanus [%]
Grundimm.:	Ungeimpft	11,3	5,2
	Unvollständig	7,7	4,6
	Vollständig	81	90,2
Grundimm. vollständig u. letzte Impf.<10 J		57,5	66,1
Grundimm. vollständig u. letzte Impf. 10–20 J		15,1	16,6
Grundimm. vollständig u. letzte Impf >20 J		4,1	0,5

Bader/Egler, Initiativen zur Steigerung der Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein Impfschutz bei Erwachsenen in der Arbeitswelt 2003, BGesBl. 12/2004, S. 1204-15

Hochrechnung auf Bevölkerung:

5,2 % erhielten nie eine Tetanusimpfung. Das entspricht 2,6 Mio. Personen von ca. 50 Mio. in den untersuchten Altersgruppen.

33,9 % haben keinen aktuellen Impfschutz (Impfung in letzten 10 Jahren). Das entspricht 16,95 Mio. Menschen in den untersuchten Altersgruppen.

ANSPRUCH

Die Inzidenz ging in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt stark zurück infolge der im Kindes- und Jugendalter entscheidend verbesserten Impfquoten. So treten seit längerem weniger als 15 Erkrankungen pro Jahr in Deutschland auf (Südafrika 300, USA 40–50 und Großbritannien 12-15 Erkrankungen pro Jahr).

RKI, Fallbericht einer Tetanuserkrankung mit atypischen Verlauf, Epidemiologisches Bulletin 24/2008, 13.6.2008, S. 193-95

KOMMENTAR

Mittlerweile liegen die im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen ermittelten Impfquoten (bei denen, die einen Impfpass vorlegen) über 95 %. Da aus früheren Jahren nur ungenügende Informationen zu Impfraten verfügbar sind, lässt sich nicht bewerten, inwieweit diese für die geringen Fallzahlen von Bedeutung sind.

....

WIRKLICHKEIT

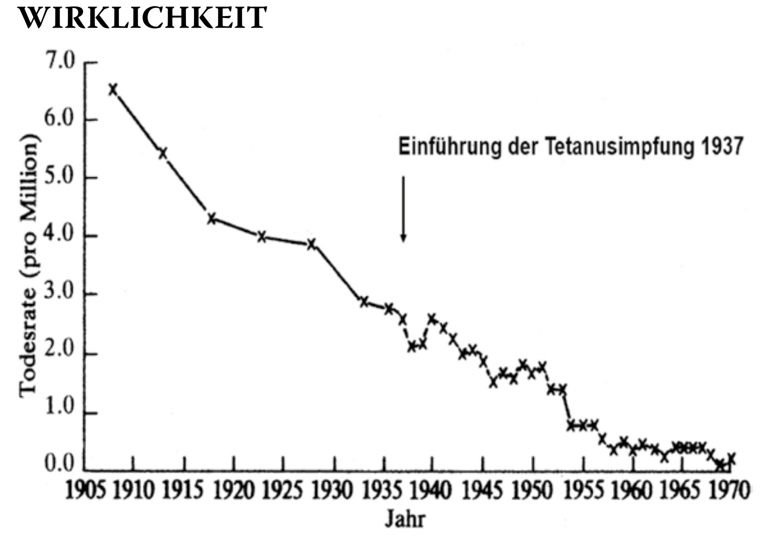


Schaubild 8.11. Tetanus: mittlere jährliche Todesraten: England und Wales.

McKeown, Die Bedeutung der Medizin, suhrkamp 1982

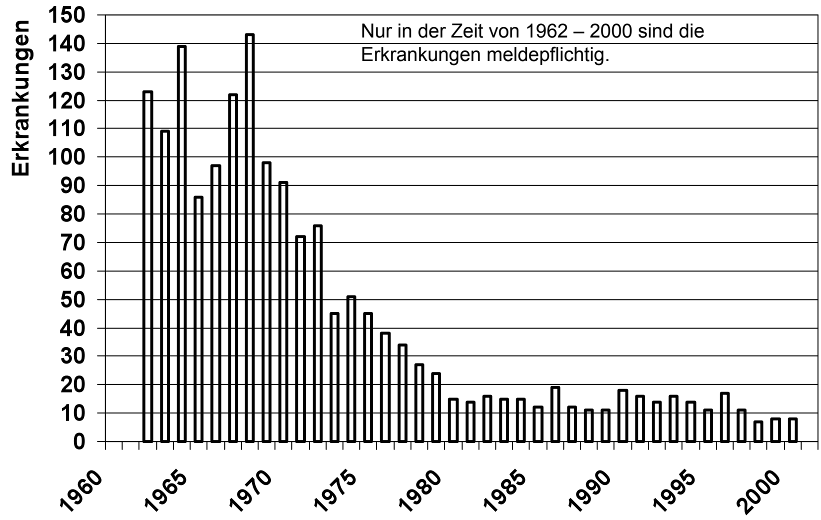
KOMMENTAR

Schon vor Anwendung der Impfung sank die Todesrate um ca. 60 %. Die Impfung beschleunigt diese Entwicklung nicht, was man von einer wirksamen Methode erwarten würde.

....

WIRKLICHKEIT

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen, dass trotz der erheblichen Impflücken nur wenige Erkrankungen und Todesfälle auftraten.



Fridrich, Tetanuserkrankung und Tetanusimpfung – Die Angst und die Unwissenheit: Informationen für eine sachliche Entscheidung, auch bei Sorgerechtsfragen, Rundbrief 1/2010, Libertas & Sanitas

Daten: Statistisches Bundesamt, Bonn

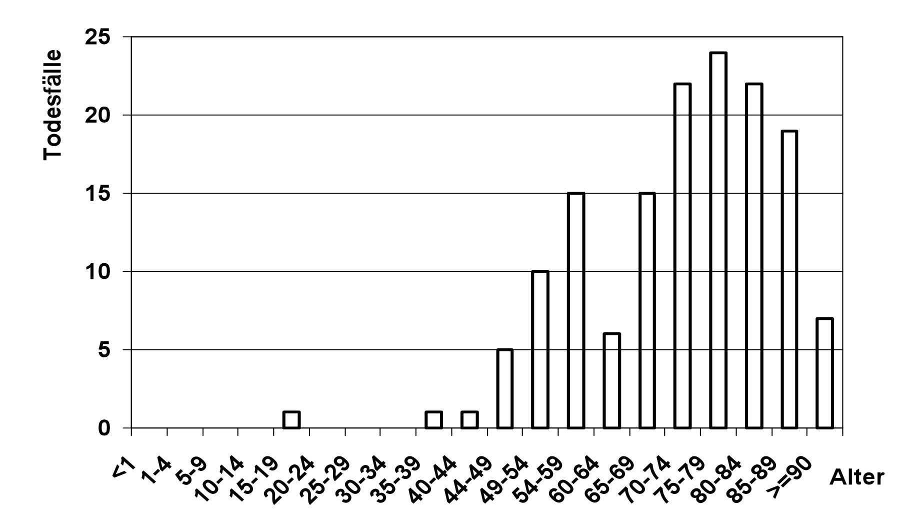
KOMMENTAR

Der Einfluss der Impfung auf den Rückgang insbesondere zwischen 1970 und 1980 kann nicht bewertet werden, da keine ausreichenden Daten zu den Impfquoten und zum Impfstatus der Erkrankten vorliegen.

....

WIRKLICHKEIT

Summe Todesfälle Tetanus nach Altersgruppen in Deutschland 1980 – 2007



Fridrich, Tetanuserkrankung und Tetanusimpfung – Die Angst und die Unwissenheit: Informationen für eine sachliche Entscheidung, auch bei Sorgerechtsfragen, Rundbrief 1/2010, Libertas & Sanitas

Daten: Statistisches Bundesamt, Bonn

KOMMENTAR

Im gesamten Zeitraum gab es nur einen Todesfall bei unter 35jährigen. 2007 erschien eine Veröffentlichung, aus der hervorgeht, dass ca. 1,9 % der unter 18jährigen keine Tetanusimpfung bekommen haben (BGesBl. 5/2007, S. 851-62). Das sind ca. 266.000 Kinder und Jugendliche ohne Impfschutz, und ca. 1,3 Mio. Erwachsene. Warum gibt es unter diesen praktisch keine Fälle?

Wie viele der Erkrankten/Verstorbenen waren geimpft?

Dazu gibt es Daten aus USA für den Zeitraum 1998-2000. In diesem Zeitraum traten 129 Erkrankungen auf, wobei nur von 49 der Betroffenen der Impfstatus bekannt war. Davon waren 19 nicht geimpft, 18 hatten vier oder mehr Dosen erhalten (vollständig geimpft), 10 waren einmal und zwei dreimal geimpft.

Erwähnenswert sind noch die Angaben zum Neugeborenen-Tetanus. Dieser war schon stark rückläufig, ehe die Impfung gebräuchlich wurde, stellen die Autoren fest. Die Todesrate betrug im Jahr 1900 64 pro 100.000 Lebendgeborene, nur noch 7/100.000 im Jahr 1930, und 1/100.000 in den 60er Jahren. Die Impfung (für die Mütter) stand ab 1938 zur Verfügung und wurde ab 1941 häufiger, primär beim Militär angewandt. Brauchbare Daten zu den Impfquoten der Frauen gibt es nicht. Zumindest für den Großteil des Rückgangs (89 % zwischen 1900 und 1930) kann die Impfung nicht verantwortlich sein, weil es sie noch gar nicht gab.

Wassilak u. a., Tetanus toxoid, Vaccines, S. 805-39, Saunders 2008

TUBERKULOSE (TBC)

WIRKLICHKEIT

Der erste internationale BCG-Kongress hat 1948 in Paris beschlossen, dass die BCG-Impfung gegen Tuberkulose wirksam und sicher ist, ohne irgendeinen Beweis durch kontrollierte Studien. *(A. d. A.: BCG, B = Bacille (Erreger), C = Calmette, G = Guerin (Erfinder des Tbc-Impfstoffs)*

Smith/Starke, Bacille Calmette-Guérin Vaccine, Vaccines 1999, S. 111-39

In Anbetracht der epidemiologischen Situation in Deutschland, der nicht sicher belegbaren Wirksamkeit der BCG-Impfung und der nicht seltenen schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen des BCG-Impfstoffes kann es die STIKO nicht mehr vertreten, die Impfung zu empfehlen.

Robert-Koch-Institut (RKI), Impfungen – Aktuelle Empfehlungen, Marseille Verlag, München,1998.

Da die Wirksamkeit des einzig verfügbaren TB-Impfstoffes – BCG – nicht belegbar ist und zudem unerwünschte Nebenwirkungen beobachtet wurden, wird eine BCG-Impfung seit 1998 in Deutschland nicht mehr von der STIKO empfohlen.

Kaufmann u. a., Neue Impfstoffkonzepte auf Basis moderner Erkenntnisse der Immunologie, BGesBl 11/2009:1069-82

Chronologie eines Versagens der Wissenschaft:

1882	Entdeckung des Tuberkel-Bazillus durch Koch
1923	Anwendung des Impfstoffes in Deutschland
1948	1. internationaler BCG-Kongress in Paris beschließt ohne kontrollierte Studien: Impfung Tuberkulose wirksam und sicher
1969-76	Wirksamkeitsstudie in Indien mit ca. 260.000 Teilnehmern
1975	Die Impfempfehlung in Deutschland wird auf Risikogruppen beschränkt
1979	WHO Bericht: Impfung erhöht Tuberkulose-Risiko
1981	WHO empfiehlt Impfung weiter
1998	STIKO hebt Impfempfehlung auch für Risikogruppen auf

KOMMENTAR

Es gab also nie eine Grundlage für die Anwendung der BCG-Impfung. Ca. 75 Jahre wurde in Deutschland ohne Wirksamkeitsnachweis gegen Tuberkulose geimpft, oft Kinder innerhalb weniger Tage nach ihrer Geburt. Alles basierte auf Glaube, Hoffnung und Expertenmeinungen.

Wer fühlt sich für die entstandenen Schäden bei den Geimpften verantwortlich, insbesondere, da die Impfung öffentlich empfohlen wurde?

....

WIRKLICHKEIT

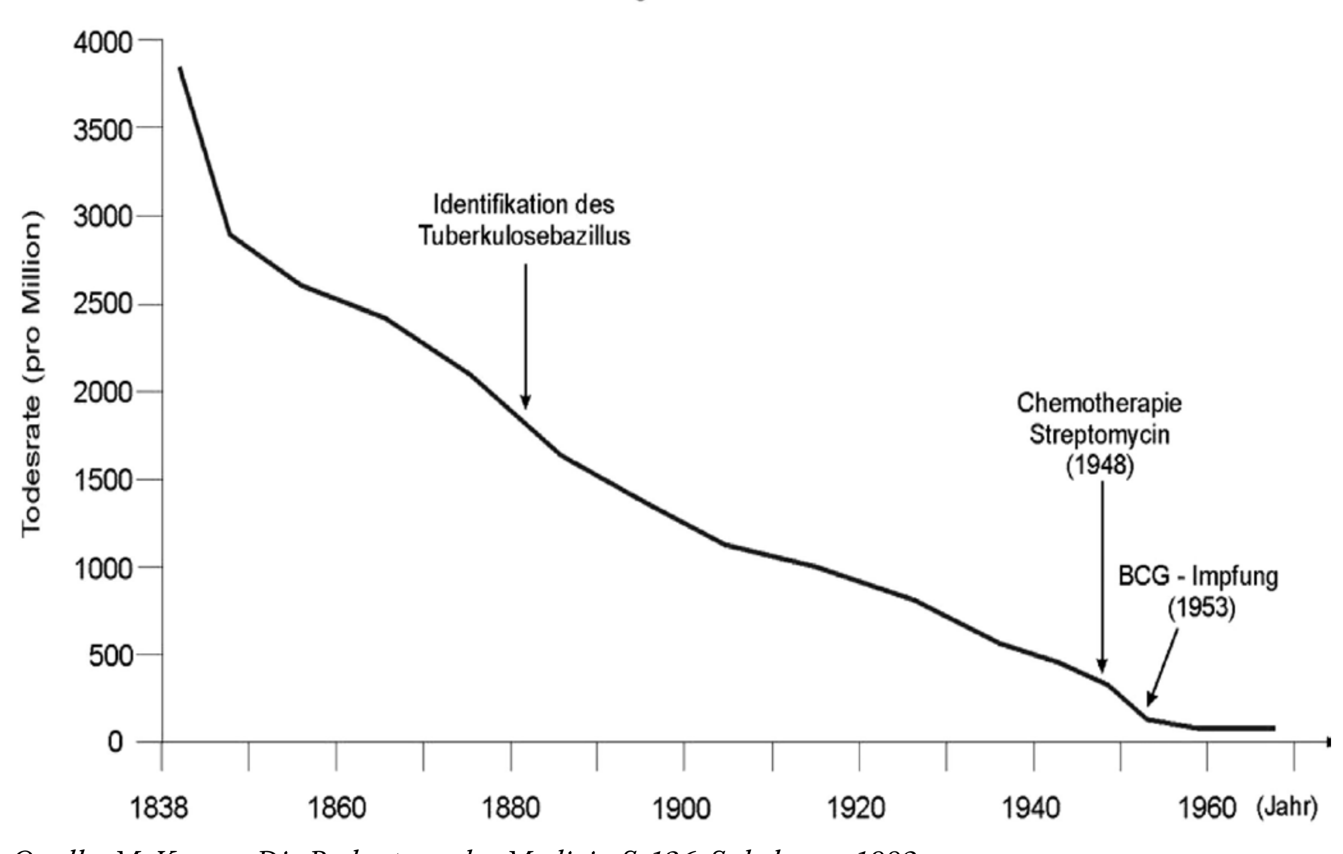
- Die Unfähigkeit, Tuberkulose weltweit zu kontrollieren, ist das schwerwiegendste Versagen öffentlicher Gesundheitsdienste in der Menschheitsgeschichte.
- In den USA sank die Todesrate an Tuberkulose von 400 / 100.000 um 1850, etwa 200 / 100.000 um 1900 auf 26 / 100.000 im Jahr 1950 – lange vor Medikamentenverfügbarkeit und ganz ohne Impfung.
- Kriege, Hungersnot, Umsiedlung, enges Zusammenleben und-arbeiten begünstigen die Tbc-Ausbreitung. Dies muss bei Studien über lange Zeiträume beachtet werden. Frische Luft, Sonne, soziales Miteinander, Besserung der Sanitär- und Wohnverhältnisse wirken gesundheitsfördernd.
- Trotz weit verbreitetem Einsatz der BCG-Impfung haben in allen Regionen der Welt, außer in den hoch industrialisierten Ländern, die Krankheitszahlen (Inzidenzen) zugenommen.
- In Entwicklungsländern erkranken 33-50 % der Geimpften an Tuberkulose.
- Es gibt keine Studien, die feststellen, welches Impfalter und welches Impfschema am besten ist.

- Experten haben eine Anzahl von Erklärungen für die so unterschiedlichen Versuchsergebnisse abgegeben, aber keine wurde überprüft. Die Frage „Wirkt die BCG?“ kann selbst nach jahrelangen Studien und Debatten nicht beantwortet werden.
- Der scheinbare Erfolg mancher BCG-Impfkampagne hängt mit der zeitgleichen Einführung von Verbesserungen auf sozialen, ökonomischen und öffentlichen Gesundheitsgebieten zusammen. *(A. d. A.: Ob das bei anderen Impfungen auch so war/ist?)*
- Der größte BCG-Feldversuch der Welt (mit ca. 260.000 Impflingen, davon die Hälfte Placebo) zeigte keinerlei Schutzwirkung *(A. d. R.: Geimpfte hatten sogar ein um 15 % höheres Risiko für Tbc).*

Smith/Starke, Bacille Calmette-Guérin Vaccine, Vaccines 1999, S. 111-39

WIRKLICHKEIT

In den Niederlanden existierte nie ein nationales BCG-Programm, trotzdem wurde dort die niedrigste Todesrate durch Tuberkulose der Atmungsorgane in einem europäischen Land für die Jahre 1957 bis 1959 und 1967 bis 1969. festgestellt.



Quelle: McKeown, Die Bedeutung der Medizin,S. 136, Suhrkamp 1982

KOMMENTAR

Deutlich ist zu erkennen, dass der Rückgang der Todesrate schon zu ca. 90 % bzw. 95 % erfolgte, ehe Medikamente bzw. die Impfung zum Einsatz kamen.

SCHLUSSBETRACHTUNG

Die Ausführungen in diesem Buch ergeben:

- Der Nutzen bzw. die Wirksamkeit der Impfungen sind entweder nicht gegeben oder lassen sich mangels verfügbarer Daten – z. B. zu Impfquoten und Häufigkeit von Erkrankungen vor Impfbeginn – nicht beweisen.
- Zu ihrer Verträglichkeit bestehen große Wissenslücken, u. a. bedingt durch unzureichende Meldesysteme, mangelnder Meldebereitschaft von Ärzten und Heilpraktikern und fehlender ursächlicher Grundlagenforschung.
- Damit ist eine objektive, auf Beweisen gründende Nutzen-Risikobewertung der Impfungen nicht möglich – und somit fehlt die Grundlage für ihre Anwendung.
- Wer alle vorgelegten Quellen geprüft hat, wundert sich einerseits darüber, dass sie überhaupt erschienen sind. Es gibt offensichtlich keine funktionierende Überwachungsinstanz, die verhindert, dass kritische Menschen solche Aussagen überhaupt zu lesen bekommen.
- Verwunderlich ist andererseits, dass es zu diesen Fakten, die beweisen, dass das Impfen offensichtlich nicht funktioniert, weder eine wissenschaftliche Diskussion noch gar eine Widerlegung gab.

Offensichtlich werden diese Quellen in ihrer Tragweite nicht erkannt.
Welche Gründe hat das?

Nachfolgende Zitate könnten eine Erklärung liefern:

Ein hervorragendes Mittel, Hypothesen ad infinitum *(A. d. A.: unbegrenzt)* aufrechtzuerhalten, ist die hypothesengerechte Informationsauswahl. Informationen, die nicht der jeweiligen Hypothese entsprechen, werden einfach nicht zur Kenntnis genommen … Wenn Misserfolge auftreten, wird an einigen Rädchen gedreht, die Parameter werden neu kalibriert; grundsätzlich aber wird an der einmal gewählten Strategie festgehalten … Wir müssen es lernen, dass die Effekte unserer Entscheidungen und Entschlüsse an Orten zum Vorschein kommen können, an denen wir überhaupt nicht mit ihnen rechnen.

Dörner, Die Logik des Mißlingens – Strategisches Denken in komplexen Situationen, rororo 2009

Unsere Sinnesorgane führen dem Gehirn Meldungen, afferente *(A. d. A.: vom Sinnesorgan zum Zentralnervensystem)* Impulse zu, die vorher durch die *Formatio reticularis* im Hirnstamm gesiebt werden … *Gewöhnung, Suggestion und Verallgemeinerung schaffen eine scheinbare Wahrheit …* Die Fortschritte einer Wissenschaft erfolgen meist dann, wenn einige Forscher das geltende Selbstverständliche nicht mehr als solches hinnehmen, sondern wenn es ihnen gelingt, die Schutzwirkung der Formatio reticularis des Gehirns auszuschalten. Erst die Inaktivierung der Formatio reticularis erlaubt ein Vordringen ins Unerforschte, die Entdeckung einer neuen Wahrheit.

Fanconi, Der Wandel der Medizin, Huber 1970

KOMMENTAR

Auch wir als Impfungen kritisch hinterfragende Menschen laufen Gefahr, selektiv Informationen aufzunehmen und weiterzugeben – wir müssen diesbezüglich genauso wachsam sein, wie die Gruppe der Impfbefürworter.

……………………………………

Die Wahrscheinlichkeitslogik kommt zum Einsatz. Mit erstaunlicher Wirkung: Auf den ersten Blick entlastende Fakten werden zu belastenden Indizien – und umgekehrt. Scheinbar unbedeutende Details entpuppen sich als entscheidende Zusatzinformationen … Klinische Studien werden systematisch falsch interpretiert, und es wird nicht vorhandene Sicherheit vorgetäuscht. *(A. d. A.: die Aussagen entstammen den Kapiteln „Kein Urteil ohne Vor-Urteil", mit einem Abschnitt „Juristisches Roulette", sowie „Die Lebenslüge der medizinischen Forschung")*

Beck-Bornholdt/Dubben, Der Schein der Weisen, Hoffmann und Campe 2002

Fehlendes Wissen bedeutet Unsicherheit. Das scheint als Einladung verstanden zu werden, mit auf Glauben beruhenden Aussagen für Sicherheit zu sorgen. Zahlen und objektive Risikoabschätzung sucht man oft vergeblich. Das könnte akzeptiert werden, wenn der Glauben als solcher deklariert und nicht als Wissensmogelpackung präsentiert würde. Besonders irritierend für die Öffentlichkeit sind Aussagen zur Sicherheit des Impfstoffs.

Den Impfstoff als sicher zu bezeichnen, ist falsch und wird durch regelmäßige Wiederholung durch die Präsidenten von Paul-Ehrlich-Institut und Robert Koch-Institut nicht richtiger. Genauso falsch ist es, den Impfstoff als unsicher zu bezeichnen, so oft Impfgegner das auch wiederholen.

Das Wort „sicher" ist irreführend, da es die wünschenswerte Sicherheit nicht gibt und nicht geben kann. Das ist kein spezielles Problem dieses Impfstoffs, sondern gilt allgemein. Jedes Arzneimittel hat bis zu seiner Einführung eine Entwicklung durchlaufen, in der alles getan wurde, um schädliche Wirkungen zu minimieren. „Unbedenklich" ist das treffendere Wort und Voraussetzung für die Einführung.

… Verwerflich ist, dass diese Unsicherheit nicht als solche deklariert wird, sondern durch Ignoranz ein Bild von Sicherheit erzeugt wird, das mit der Realität nichts zu tun hat.

Antes, Schweinegrippe oder Zahlenallergie? Warum das Leben ohne Daten sicherer erscheint, Süddeutsche Zeitung 07./08.11.2009

(A.d.A.: Antes war damals Mitglied der STIKO. Er genießt als Leiter des Deutschen Cochrane-Instituts in Freiburg auch bei Impfkritikern einen guten Ruf bei seinem Einsatz für „evidenzbasierte Medizin", die auf einer guten Beweislage gründet.)

KOMMENTAR

Diese Ausführungen können dabei helfen, nicht hinter allem beim Impfen das Geld als Ursache zu sehen. Wie waren Impfpflicht und hohe Impfraten in den Ostblockstaaten vor der „Wende" zu erklären, wo es keine Pharmaindustrie gab, sondern der Staat selbst die Impfstoffe herstellte? Auch wurde die Ärzteschaft nicht für hohe Impfquoten bezahlt.

Die Wissenschaftler unter den Impfexperten werden mit ihren kritischen Kollegen z. B. in einen Diskurs treten müssen, um die Risiken des Aluminiums in Impfstoffen zu klären.

Entscheidend ist, ob die Maßnahme Impfen nicht nur die Krankheiten verhüten hilft, gegen die sie sich richtet. Sondern ob durch sie, auch angesichts möglicher Nebenwirkungen, der Gesamtgesundheitszustand der Geimpften besser ist, als bei nicht Geimpften.

Entsprechende Untersuchungen, auch von „alternativen", eher impfkritisch eingestellten Menschen, sind so aufzubauen, dass sie diese Frage klären können. Dazu sind, außer dem Kriterium „geimpft/nicht geimpft", auch andere Faktoren zu berücksichtigen, die von Einfluss auf die Gesundheit sind.

Letztendlich bereiten wir umfassende Unterlagen vor, um eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der Frage zu veranlassen: Sind öffentliche Impfempfehlungen auf der selbst von den Impfexperten in ihrer Fachliteratur eingestandenen großen Lücken im Wissen zu Nutzen und Risiken verfassungswidrig?

ANLAGE

FORDERUNGSKATALOG IM RAHMEN DER AKTION IMPFDOGMA 2006
Schreiben an die politischen Entscheidungsträger in Bund und Land vom 01.07.2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

die derzeit laufenden Aktivitäten zur Erhöhung der Impfraten und zur Durchsetzung der Impfpflicht führen zu einem dogmatischen Verhalten, so dass Eltern trotz Entscheidungsfreiheit massiv unter Druck gesetzt werden, der bis hin zur Androhung des Sorgerechtsentzug gehen kann, damit ein Kind zwangsweise geimpft wird. *(A. d. A.: Zwischenzeitlich erfolgte bereits der Entzug des Sorgerechtes.)* Ähnlich ergeht es Ärzten, die sich kritisch mit dieser Problematik auseinandersetzen.

Dieses Verhalten hat mittlerweile solche Ausmaße angenommen, dass das ihm zugrunde liegende Impfdogma zwingend überprüft werden muss, bevor es zu weiteren Schritten insbesondere durch politische Entscheidungen kommt.

Wir bitten Sie, das beiliegende Schreiben aufmerksam zu lesen und die folgenden Forderungen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten zu unterstützen. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass Sie bei grundsätzlichen Fragen der Gesellschaft bereit sind, auch aktiv in den Entscheidungsprozess einzutreten und mutige Worte zu sprechen.

Zur Überprüfung des Impfdogmas fordern wir vor dem Einstieg in die Beratung und Beschlussfassung, die Freiheit der Impfentscheidung einzuschränken und eine Impfpflicht einzuführen, u. a. Folgendes:

1. Aussetzen der derzeit laufenden massiven Impfkampagne durch Politiker, Bundes-, Landes- und kommunale Gesundheitsbehörden und ihnen angeschlossenen Einrichtungen, Arbeitgeber sowie durch Ärzte(-verbände),Pharmaindustrie und Medien.
2. Verbot der Benachteiligung nicht Geimpfter, die sofortige Beendigung der Stigmatisierung nicht Geimpfter durch moralischen und tatsächlichen Druck bis hin zur zur Androhung der Sorgerechtsentziehung, um eine vermeintlich notwendige Impfung an einem Kind zu erzwingen.
3. Klares Bekenntnis zur Freiwilligkeit der Impfungen und zur Freiheit der Impfentscheidung durch die Eltern.
4. Ausführliche Information der Bevölkerung vor der persönlichen Impfentscheidung über die Vor- und Nachteile der Impfung, insbesondere über die im beiliegenden Schreiben vom 30. Juni 2006 genannten Tatsachen.
5. Information der Ärzte, dass
   - der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung zu melden ist und ein Nichtmelden mit Bußgeld geahndet werden kann und wird,
   - Eltern vor der Impfentscheidung sachlich über die Vor- und Nachteile der Impfung, insbesondere über die im beiliegenden Schreiben vom 30. Juni 2006 genannten Tatsachen, und über Alternativen zu informieren sind,
   - auf keinem Fall Druck auf die Eltern ausgeübt werden darf.
6. Ausführliche Information und Schulung der Bevölkerung über andere kostengünstige und wirksame präventive Maßnahmen zum Schutz vor Infektionskrankheiten. Diese sind insbesondere Hygiene, Stillen und Ernährung, Lebensführung, sauberes Trinkwasser etc. Diese Informationen und Schulungen müssen frei von der Einflussnahme durch die Industrie (insbesondere Pharma- und Nahrungsmittelindustrie) erfolgen.

7. Durchsetzen einer breit angelegten öffentlichen wissenschaftlichen Diskussion über das Impfdogma, wobei darauf zu achten ist, dass nur Tatsachen und nicht Meinungen, Wahrscheinlichkeiten und Behauptungen der Diskussion zugrunde gelegt und dass impfkritische Wissenschaftler, Gruppen und Einzelpersonen paritätisch beteiligt werden.

8. Offenlegen der Unterlagen zur Zulassung von Impfstoffen. Dies gilt besonders für die den Entscheidungen des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) zugrunde liegenden Studien und Risiko-/Nutzenbewertungen (Da die Auswirkungen auf jeden Einzelnen von elementarer Bedeutung sind, darf weder das PEI noch der Hersteller des Impfstoffes die Auskünfte unter Berufung auf Betriebsgeheimnisse verweigern).

9. Zukünftig nur öffentliche Verfahren mit Beteiligung der Öffentlichkeit (vergleichbar den Bebauungsplanverfahren) zur Zulassung von Impfstoffen durch das PEI.

10. Veröffentlichung des wissenschaftlichen Nachweises der Erreger von Krankheiten, gegen die geimpft wird bzw. werden soll, des wissenschaftlichen Nachweises, dass nur diese Erreger die Krankheiten verursachen (nach den Henle-Koch-Postulaten), und des wissenschaftlichen Nachweises, dass die empfohlenen Impfungen tatsächlich schützen. Die Veröffentlichung erfolgt durch das PEI- und das Robert-Koch-Institut (RKI).

11. Wissenschaftlicher Vergleich der präventiven Maßnahmen zum Schutz vor Infektionskrankheiten.

12. Öffentlichkeit der Sitzungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und Veröffentlichung der Protokolle.

13. Offenlegen der Verbindungen der Mitglieder der STIKO und anderer Entscheidungsträger in Behörden und Institutionen, der Gutachter etc. (insbesondere wirtschaftlicher Art) zur freien Wirtschaft, zu staatlichen und anderen Institutionen etc., was international üblich ist (dies gilt zum Beispiel auch für Finanzierung der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Influenza). *(A. d. A.: Forderung teilweise erfüllt)*

14. Sämtliche Studien, die von den Ethik-Kommissionen zugelassen werden, müssen im vollen Umfang veröffentlicht werden. Dies gilt auch dann, wenn die Studien abgebrochen werden. Änderungen des Studieninhaltes sind zu begründen und zu genehmigen. Auch hier ist zu veröffentlichen, wer diese Studien beauftragt und finanziert hat und welcher der Beteiligten mit der freien Wirtschaft wie verflochten ist.

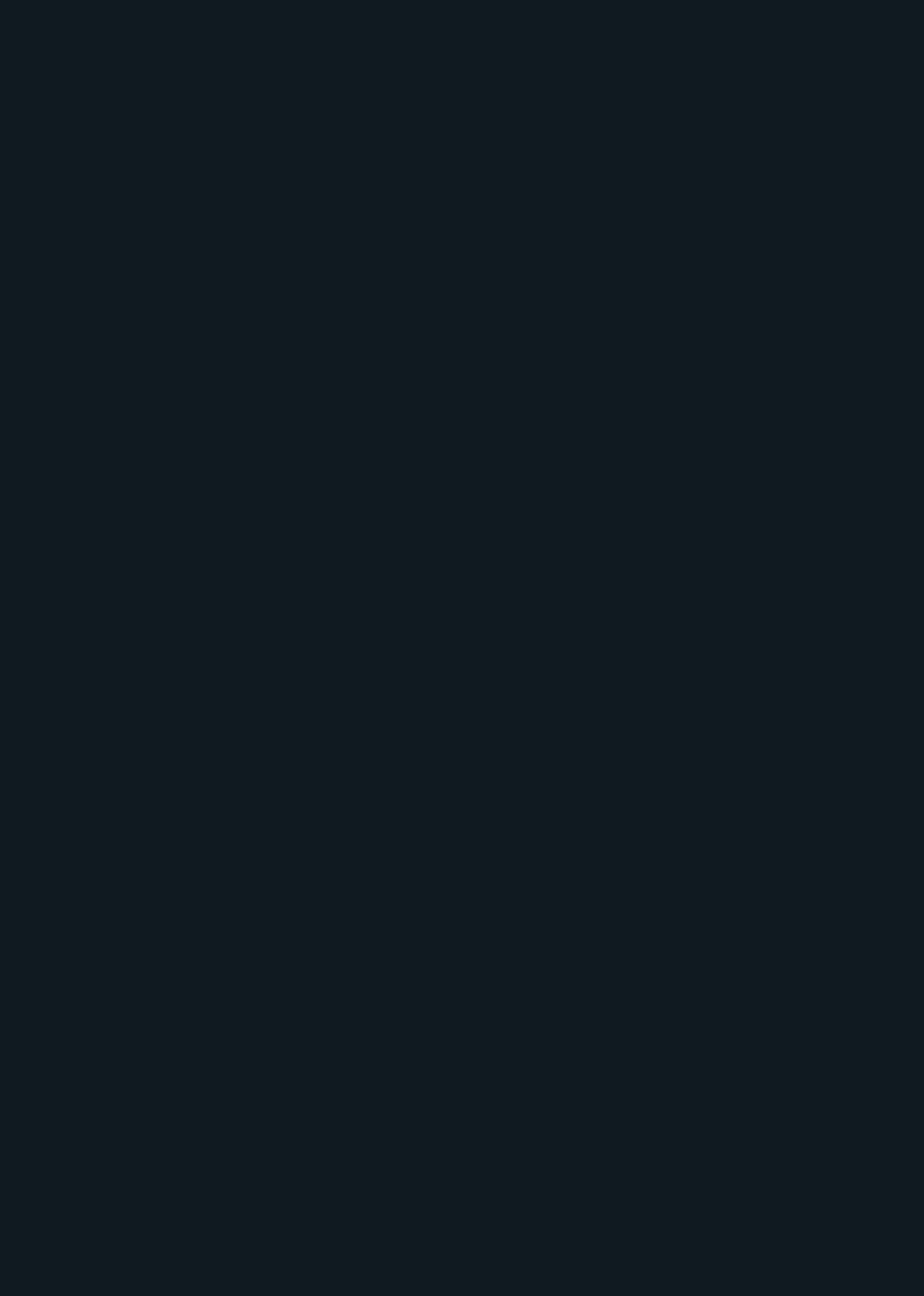
Weitere Forderungen werden sich sicher im Rahmen der öffentlichen Diskussion ergeben.

Da hier elementare Grundrechte und die Wissenschaftsfreiheit bedroht sind, bitten wir Sie, sich für diese öffentliche wissenschaftliche Diskussion einzusetzen, und wenn möglich, sich dafür auch zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren bitten wir Sie im Falle von politischen Entscheidungen, diese genau zu prüfen und im Zweifel Ihre Unterschrift zu verweigern.

Dieser Katalog entstand als Antwort auf die Forderungen des Deutschen Ärztetages 2006 nach Impfpflicht und Maßnahmen gegen „impfkritische“ Ärzte (siehe Rundbrief 2/Juli 2006, libertas-sanitas.de)

**Vielen wird die Frage,
die mehrfach in diesem Buch auftaucht,
ob das Vorhandensein von Ärzten ein Segen
oder ein Fluch sei,
unnötig oder gar lächerlich erscheinen.
Als Wissenschaftler
muss man auch sie diskutieren.**

Fanconi, Der Wandel der Medizin, Verlag Huber, 1970



IMPRESSUM

Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft
Jürgen Fridrich und Wolfgang Böhm

Geschäftsstelle: Wilhelm-Kopf-Straße 15 · 71672 Marbach
Telefon (0 71 44) 86 25 35 · Telefax (0 71 44) 86 25 36
info@libertas-sanitas.de · www.libertas-sanitas.de

Gedruckt in Deutschland

ISBN 978-3-928689-26-7